Applied Management Consultants

151 Brunswick Street
Fredericton
New Brunswick
Canada
E3B 1G7
Telephone (506) 458-8370

ÉTUDE DES SERVICES D'AMBULANCE AU NOUVEAU-BRUNSWICK

Préparée pour

l'honorable J. Raymond Frenette

ministre de la Santé et des Services communautaires

Projet no 1109

FÉVRIER 1988

Division of Company #031172 N.B. Ltd

Applied Management Consultants

151 Brunswick Street
Fredericton
New Brunswick
Canada
E3B 1G7
Telephone (506) 458-8370

Réf : 20-1109

Le 29 février 1988

L'honorable J. Raymond Frenette
Ministre de la Santé et des Services communautaires
Ministère de la Santé et des Services communautaires
C.P. 510
Fredericton (N.-B.)
E3B 5G8

Monsieur le ministre,

J'ai l'honneur de vous soumettre notre rapport sur les services d'ambulance au Nouveau-Brunswick.

Je voudrais remercier les nombreux organismes, fournisseurs et collectivités qui ont contribué et collaboré à notre étude.

J'espère que nos recommandations aideront le ministère de la Santé et des Services communautaires à établir l'orientation et les priorités des services médicaux d'urgence pré-hospitaliers pour l'avenir.

Je vous prie de recevoir, Monsieur le ministre, l'assurance de ma haute considération.

Bryan Ferguson, CMC
Vice-président

BF/

SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS

Services médicaux d'urgence c. services d'ambulance

1. Le ministère de la Santé et des Services communautaires devrait remplacer l'appellation de la Direction des services d'ambulance du ministère par la Direction des services médicaux d'urgence (SMU).

Législation

2. Le ministère de la Santé et des Services communautaires devrait adopter une nouvelle Loi sur les services médicaux d'urgence pour remplacer l'actuelle loi sur les services d'ambulance afin de tenir compte du concept des services médicaux d'urgence pré-hospitaliers en tant que programme médical, en précisant les normes à respecter pour obtenir un permis et en définissant les limites des responsabilités du ministère.

Professionnalisme

3. La législation devrait prévoir un système de permis à un seul palier pour le personnel des services médicaux d'urgence qui tient compte des habiletés spéciales acquises à chaque niveau de formation.

4. La législation devrait prévoir un permis pour tous les ambulanciers qualifiés qui travaillent au sein du système actuellement et qui sont capables de dispenser des soins de base, mais qui n'ont pas le EMA-I ou l'équivalent en formation. Aucun ambulancier ne devrait être admissible à ce genre de permis à l'avenir.

Formation

5. Le ministère de la Santé et des Services communautaires devrait mettre fin à son contrat de formation avec l'Ambulance Saint-Jean et confier la responsabilité en matière de formation aux collèges communautaires.

Applied Management Consultants

6. Le budget actuel de formation devrait être converti en un fonds de formation pour aider les services et les particuliers à payer une partie des coûts de formation.

Examens

7. La Direction des services médicaux d'urgence devrait élaborer une méthode pour vérifier la compétence des techniciens nouvellement qualifiés et les techniciens devant être réaccrédités.

Financement

8. Les responsabilités en matière de financement se situeront à trois niveaux :

   - Les municipalités subventionneront, moyennant leurs recettes fiscales ou d'autres activités de prélèvement de fonds, les coûts de fonctionnement au besoin

   - Les frais aux patients, dont la plupart seront remboursables par les assurances des tierces parties

   - Le ministère de la Santé et des Services communautaires sera chargé de financer un bureau central et de fournir des mises de fonds initiales pour l'amélioration du système, ainsi que de payer les services assurés.

9. Le ministère devrait mettre fin au programme de subventions pour les véhicules et convertir ces fonds en indemnités d'amortissement versées aux services individuels afin de leur permettre d'établir des réserves de fonds pour le remplacement des véhicules.

10. Tous les services devraient exiger des contributions de la part des utilisateurs moyennant des frais aux patients. Le montant des frais devrait être déterminé au niveau local, mais il devrait correspondre au coût du service, particulièrement dans le cas où le recouvrement de

fonds d'une tierce partie s'applique.

Délivrance des permis

11. Le ministère de la Santé et des Services communautaires devrait délivrer aux services d'ambulance des permis indiquant les niveaux de services qu'ils sont capables de fournir dans des conditions convenables et à l'aide d'un personnel qualifié.

12. Le ministère de la Santé et des Services communautaires devrait abandonner la pratique qui consiste à obliger les ambulances d'utiliser des couleurs et des lettres communes et donner aux services individuels une certaine liberté en ce qui a trait à l'apparence du véhicule, à la diffusion de l'information de base exigée, au logo et à l'éclairage.

13. Le ministère de la Santé et des Services communautaires devrait continuer de vérifier les véhicules annuellement. Des permis devraient être délivrés pour les véhicules qui subissent la vérification et répondent aux normes. Les autres n'auraient pas la permission de fonctionner.

Service d'ambulance aérien

14. Le besoin de services d'ambulance aériens devrait faire l'objet d'une analyse approfondie effectuée par le ministère de la Santé et des Services communautaires. Cette étude devrait examiner l'option visant à établir un service partagé, hélicoptère contre avion à ailes fixes, le coût d'un service d'ambulance aérien bien équipé, le nombre d'utilisateurs possibles fondé sur une analyse détaillée des relevés d'appel, les effets sur le système d'ambulance routier actuel ainsi que le développement des services de renvoi dans le Nord.

15. Le financement d'un système d'ambulance aérien, advenant sa mise en oeuvre, devrait relever du ministère de la Santé et des Services communautaires et comprendre l'imputation de frais aux patients suffisamment importants pour décourager toute mauvaise utilisation de

Applied Management Consultants

l'avion.

16. Aucun fonds ne devrait être fourni pour un service d'ambulance aérien sans qu'une vérification soit effectuée au préalable afin de s'assurer qu'il existe un appui financier suffisant pour les services médicaux d'urgence pré-hospitaliers routiers.

Rôles et responsabilités

17. Des conseils régionaux des services médicaux d'urgence devraient être établis dans chaque région sanitaire, et comprendre des représentants des municipalités, des hôpitaux, des fournisseurs des services d'ambulance, des médecins et des infirmières dans la région.

18. La nouvelle loi doit préciser clairement que la responsabilité en matière de développement, de conception et d'amélioration du système des services médicaux de la province relève du ministère de la Santé et des Services communautaires.

19. La Loi sur les municipalités devrait être modifiée pour identifier clairement les services médicaux d'urgence comme une responsabilité municipale.

20. La prestation des services devrait continuer de comprendre les services privés, bénévoles et rattachés aux hôpitaux.

Coûts des changements recommandés

Les coûts de la mise en oeuvre du système comme nous l'avons recommandé se chiffreront à environ 255 000 $ en mise de fonds initiale qui sera répartie sur les deux premières années du programme. Les coûts de fonctionnement supplémentaires annuels se chiffreront à 627 000 $. La mise en oeuvre progressive de ce dernier montant exigera approximativement 2 ans. Ainsi, le total des nouveaux fonds pour le programme se chiffrera à environ 500 000 $ au cours de la première année, à 550 000 $ au cours de la deuxième année et à

627 000 $ annuellement par après.

Les nouvelles recettes provenant des frais aux patients ont été prudemment établies à 300 000 $. Si les frais prélevés sont plus considérables, la possibilité de réaliser des économies est également plus grande.

Un pourcentage élevé des nouveaux coûts des services améliorés sera compensé par ces augmentations de recettes. Toutefois, les recettes provenant des frais aux patients iront aux municipalités et non pas au ministère de la Santé et des Services communautaires. Ainsi, pour fins de planification budgétaire, tous les montants prévus ci-dessus devront provenir du ministère de la Santé et des Services communautaires.

Applied Management Consultants

TABLE DES MATIÈRES

		PAGE
SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS		i
1.	INTRODUCTION	1
1.1	But de l'étude	1
1.2	Les questions	2
1.3	Méthodologie et approche	4
1.4	Disposition du rapport	4
2.	SITUATION ACTUELLE	6
2.1	Introduction	6
2.2	Législation et normes	8
2.3	Système de prestation actuel	9
2.3.1	Services d'urgence bénévoles de l'Ambulance Saint-Jean	9
2.3.2	Services d'ambulance privés	12
2.3.3	Services rattachés aux hôpitaux	12
2.3.4	Autres services d'ambulance municipaux	13
2.3.5	Transferts entre hôpitaux	13
2.3.6	Services d'ambulance industriels	14
2.4	Formation et accréditation	14
2.5	Volume du service	15
2.6	Personnel des ambulances	15
2.7	Financement	19
3.	LES SERVICES AILLEURS	22
3.1	Type et nombre de services	22
3.2	Niveaux d'habiletés reconnus	22
3.3	Fonds de fonctionnement	23
3.4	Financement des véhicules	24
3.5	Frais aux patients	25
4.	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	31
4.1	Services médicaux d'urgence c. services d'ambulance	31
4.2	Législation	33

Applied Management Consultants

PAGE

4.3 Professionnalisme 35
4.4 Formation 36
4.5 Examens 40
4.6 Financement 41
4.6.1 Taxes municipales 41
4.6.2 Ministère de la Santé et des Services communautaires 45
4.6.3 Frais aux patients 46
4.7 Délivrance des permis 50
4.7.1 Permis aux services 50
4.7.2 Immatriculation des véhicules 51
4.7.3 Surveillance médicale 52
4.8 Service d'ambulance aérien 54
5. RÔLES ET RESPONSABILITÉS 60
5.1 Conseils régionaux 60
5.2 Élaboration du système, permis et normes 61
5.3 Financement 62
5.4 Prestation 63
5.5 Recommandations 64
6. ORGANISATION ET COÛTS DU PROGRAMME 65
6.1 La Direction des services médicaux d'urgence 65
6.2 Conseils régionaux 65
6.3 Coûts de la mise en oeuvre 66

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 2-1 - Emplacement des services d'ambulance d'urgence 10
TABLEAU 2-2 - Emplacement des hôpitaux, des services d'ambulance industriels et des services de transport des invalides 11
TABLEAU 2-3 - Services d'urgence par nombre d'appels 17

Applied Management Consultants

PAGE

TABLEAU 2-4 - Personnel des services d'ambulance par région 18
TABLEAU 2-5 - Services par type de co-paiement des utilisateurs 21
TABLEAU 3-1 - Caractéristiques des services d'ambulance au Canada 26
TABLEAU 6-1 - Coûts de mise en oeuvre des recommandations concernant les services d'urgence médicaux 67

ANNEXE A - Liste des personnes consultées

Applied Management Consultants

1.0 INTRODUCTION

1.1 But de l'étude

Cette étude concernant les services d'ambulance a été entreprise à la demande du ministère de la Santé et des Services communautaires.

Au cours d'une période de temps relativement courte, certes pendant la dernière décennie, les services d'ambulance sont devenus une partie intégrante de l'organisation de santé et particulièrement, de la prestation des services d'urgence. À l'instar des États-Unis qui ont réalisé d'importants progrès dans le domaine des services de santé d'urgence depuis les années 1970, les intervenants de l'organisation de santé du Canada ont orienté leurs efforts et leurs ressources vers ce secteur.

Les ambulances ne sont plus tout simplement perçues comme étant des véhicules, mais plutôt comme un moyen d'étendre les services d'urgence de l'hôpital jusqu'au bord de la route ou jusqu'à la maison des personnes blessées ou gravement malades.

Le ministère a décidé que le réseau provincial devrait être examiné maintenant afin d'évaluer son efficacité et élaborer un plan de développement pour l'avenir. Le ministère a établi les attributions suivantes pour cette étude :

1. Étudier la conception, le financement et les caractéristiques opérationnelles actuels des services d'ambulance au Nouveau-Brunswick.

2. Déterminer les principales forces et faiblesses des méthodes utilisées actuellement pour les services d'ambulance.

3. Déterminer les changements opérationnels et organisationnels à apporter pour améliorer l'efficacité et l'efficience globales

des services d'ambulance.

4. Établir des options pouvant être utilisées pour apporter les changements qui s'imposent et déterminer les principales incidences de chacun de ces changements, y compris les besoins en matière de financement.

5. Recommander un système souhaitable pour le Nouveau-Brunswick ainsi qu'une méthode pouvant être utilisée pour réaliser les changements qui s'imposent.

1.2 Les questions

Dès le début, l'étude a été axée sur plusieurs questions clé en matière d'administration et de politiques. Ces questions ne sont pas nouvelles - certaines de ces préoccupations datent de plusieurs années. En effet, dix-sept différents rapports et études en tout ont été effectués au Nouveau-Brunswick depuis qu'on a commencé à examiner les services d'ambulance au début des années 1970.

La présente étude porte sur sept éléments majeurs :

Formation : Les normes de formation actuelles sont-elles adéquates pour assurer la qualité de service souhaitée? Quelle est l'accessibilité de la formation pour les personnes qui désirent se former et qui en ont besoin? Les dispositions actuelles pour examiner les personnes qui suivent la formation devraient-elles être distinctes du processus de formation en tant que tel?

Rôles et responsabilités : De nombreux organismes, fournisseurs et établissements différents participent au système. Certains d'entre eux ont la charge d'une composante du service, mais aucune autorité pour la mise en oeuvre. Il existe des conflits internes par rapport aux rôles, ce qui retarde la mise sur pied de services d'urgence en tant que service professionnel et viable.

Financement : Le système est subventionné par deux ministères du gouvernement, les municipalités individuelles, les utilisateurs et les assureurs privés. Les programmes financiers avaient pour but de répondre à certains objectifs du service qui doivent maintenant être réexaminés en fonction des besoins continus et de la justification. La relation de cause à effet entre les programmes et les objectifs qu'ils devaient atteindre doit être examinée.

Normes : Le ministère a établi des normes pour certaines composantes du service et formulé des recommandations au sujet d'autres composantes, mais il n'existe aucun mécanisme pour faire appliquer ces normes. Le système doit compter uniquement sur l'observation volontaire.

Législation : La majeure partie de la législation actuelle n'a pas été adoptée et on se préoccupe de la pertinence et de l'utilité de la loi actuelle.

Permis : Des permis pour les services d'ambulance sont habituellement délivrés dans trois principaux secteurs : les véhicules, le service en soi et l'ambulancier. La principale question qui se pose c'est de savoir jusqu'à quel degré la province devrait intervenir pour les permis dans ces secteurs.

Services d'ambulance aériens : Le Nouveau-Brunswick dépend largement des Forces armées pour assurer des services d'urgence aériens. Il n'existe aucun service d'ambulance aérien provincial. Un grand nombre de fournisseurs de soins de santé ont exercé des pressions en vue de faire améliorer les services de transport aérien, particulièrement à partir du Nord de la province.

Chacune de ces questions a été abordée de façon relativement détaillée dans le présent rapport.

1.3 Méthodologie et approche

Notre approche comprenait principalement les démarches suivantes :

- entrevues avec tous les organismes intervenants des services d'ambulance de la province. Une liste des particuliers et des groupes consultés figure en Annexe A.
- visites sur place des services d'ambulance individuels, des hôpitaux et des municipalités.
- appels téléphoniques à d'autres provinces pour obtenir de l'information sur l'organisation et la prestation des services d'ambulance.
- études des données disponibles ou des services individuels dans la province, y compris nombre d'appels, état et nombre de véhicules, personnel et autres données factuelles semblables.

Nous avons également rencontré le Comité consultatif spécial du ministère à deux reprises pour discuter des questions, revoir nos constatations et conclusions et évaluer l'impact de ces dernières sur le réseau et les organismes touchés.

1.4 Disposition du rapport

Le rapport est disposé comme suit :

Les chapitres 1 et 3 présentent l'information générale sur laquelle le rapport est fondé. Ces chapitres décrivent les services d'ambulance actuels (chapitre 2) ainsi que les principales caractéristiques des services d'ambulance dans d'autres provinces (chapitre 3).

Le chapitre 4 contient une analyse de nos conclusions et nos recommandations.

1.4 Le chapitre 5 explique le rôle et les responsabilités des ministères du gouvernement et des municipalités par rapport aux services d'urgence pour l'avenir.

Le chapitre 6 présente un plan d'organisation ainsi qu'une estimation des coûts des changements recommandés.

2. SITUATION ACTUELLE

2.1 Introduction

Les services d'ambulance ont pris de l'ampleur, ils se sont améliorés et se sont développés considérablement au Nouveau-Brunswick au cours de la dernière décennie. C'est grâce à la volonté et aux efforts de tous les intervenants que ces services se sont développés autant, sans normes ni systèmes pour orienter leur développement. Toutefois, il semble évident pour tous les intervenants que les services d'ambulance ont atteint la limite de leur développement à l'intérieur des structures actuelles et que toute autre expansion et amélioration exigent certains changements.

L'absence générale de modèles types pouvant être suivis est un problème auquel se heurtent les technocrates qui souhaitent apporter des changements. L'assurance-maladie et l'assurance hospitalière ont été conçues à titre de programmes nationaux prévoyant l'octroi de fonds aux provinces selon certaines règles et lignes directrices communes. Les services d'ambulance ne sont même pas mentionnés dans la Loi sur la santé au Canada comme étant une responsabilité provinciale en matière de santé. Conséquemment, chaque province a élaboré son propre mode de prestation du service. Certaines provinces, notamment la Colombie-Britannique, estiment que les services d'urgence sont une responsabilité du secteur de la santé et exploitent les services d'ambulance comme un service de santé publique. Au Nouveau-Brunswick, on a laissé généralement le soin à chaque municipalité (ou au ministère des Affaires municipales et de l'Environnement, dans le cas des municipalités non organisées) de desservir les citoyens de la province et de subventionner ce service. Le ministère de la Santé et des Services communautaires a pris l'initiative dans le domaine des normes, de la formation et de l'octroi de fonds pour certains services, particulièrement ceux qui sont considérés comme faisant partie intégrante de la planification du ministère relativement aux services hospitaliers. Ainsi, les

transferts entre hôpitaux sont subventionnés, parce que ce genre de services de transport est un complément nécessaire au réseau provincial de services hospitaliers tertiaires et régionaux. Les municipalités ont souvent exprimé le désir de se retirer des services d'ambulance et de faire reconnaître le service comme un service de santé semblable par exemple à l'assurance hospitalière ou à l'assurance-maladie. Cette mesure aurait pour effet de confier la responsabilité du financement au ministère de la Santé et des Services communautaires. Les municipalités perçoivent également un conflit inhérent dans toute situation où le ministère de la Santé et des Services communautaires participe à l'élaboration de normes qui ont des incidences financières pour les municipalités.

Dans un réseau national de santé où les résidents sont habitués à l'égalité d'accès aux services de santé ainsi qu'à des politiques communes pour le paiement de ces services, les services d'ambulance sont une anomalie : au Nouveau-Brunswick il y a autant de modes de financement des services et d'imputation des frais aux clients qu'il y a de services d'ambulance. Lorsqu'on perçoit ce genre de services comme un service de santé, les dispositions actuelles ne représentent pas un programme aussi défini, puisque nous sommes habitués à conceptualiser l'assurance-maladie ou les services hospitaliers.

On est donc tenté de soutenir (bien qu'à notre avis de façon trop simpliste) qu'il faut désigner les services ambulanciers comme un service de santé et en confier l'entière autorité et responsabilité ainsi que le financement au ministère de la Santé et des Services communautaires. Si les améliorations dont le service a besoin pouvaient être assurées à partir de cette approche, nous aurions manifestement trouvé la solution idéale. Toutefois, comme nous tenterons de le démontrer dans le présent rapport, une telle solution pourrait très bien créer plus de problèmes qu'elle en réglerait, ce qui ne donnerait pas un meilleur service aux Néo-Brunswickois.

2.2 Législation et normes

La Loi sur les services d'ambulance de 1981 régit la prestation des services d'ambulance au Nouveau-Brunswick. Elle accorde de vastes pouvoirs au gouvernement pour l'établissement des normes de formation, l'octroi des permis aux services d'ambulance, l'immatriculation des véhicules et la prestation d'un service de qualité aux résidents de la province.

Toutefois, la majeure partie de la loi n'a pas été promulguée. Les seuls articles qui ont été promulgués désignent le ministre de la Santé et des Services communautaires, ministre responsable et prescrivent la nomination d'un directeur des services d'ambulance.

Aucune norme n'a été adoptée, et la responsabilité en matière d'élaboration ou d'exécution des normes n'a pas été confiée à personne.

Les vérifications annuelles de chaque service d'ambulance sont effectuées par le personnel des services d'ambulance. Le personnel vérifie et documente l'état de tous les véhicules, du matériel et des systèmes de communication, examine les certificats de formation et recueille des données concernant le nombre de services, les kilomètres parcourus et toute autre information connexe. Bien que les vérifications annuelles soient l'occasion pour communiquer avec les services d'ambulance individuels concernant les secteurs où les normes souhaitées ne sont pas respectées, les services d'ambulance n'ont pas le pouvoir d'exiger le respect des normes ou de pénaliser les organismes qui ne respectent pas les normes provinciales.

2.3 Système de prestation actuel

On compte au total 104 services d'ambulance dans la province, ce qui comprend 141 véhicules. Voici la ventilation de ces services :

Services d'urgence

Ambulance Saint-Jean	32
Autres services municipaux	22
Entreprises privées	11
Centre hospitalier ou de santé	10
Total des services d'urgence	75

Autres services

Transfert des invalides	18
Services d'ambulance industriels	11
TOTAL	104

Une carte figurant au tableau 2-1 montre où se trouvent les services d'ambulance d'urgence dans la province par type. Le tableau 2-2 montre où se trouvent les services de transfert des invalides, les services d'ambulance industriels et les hôpitaux.

Tous les services d'ambulance d'urgence sont fournis par les municipalités directement ou selon une entente avec l'Ambulance Saint-Jean, les exploitants privés ou les hôpitaux. Certaines de ces ententes comportent des contrats formels, tandis que d'autres ne sont que des ententes non formelles.

2.3.1 Services d'urgence bénévoles de l'Ambulance Saint-Jean

Les divisions de l'Ambulance Saint-Jean qui forment le plus important groupe de services d'ambulance dans la province, fonctionnent principalement dans les régions rurales. Ces services bénévoles reçoivent tout leur financement de la collectivité locale. Les sources de financement varient, mais

TABLEAU 2-1

Emplacement des services d'ambulance d'urgence

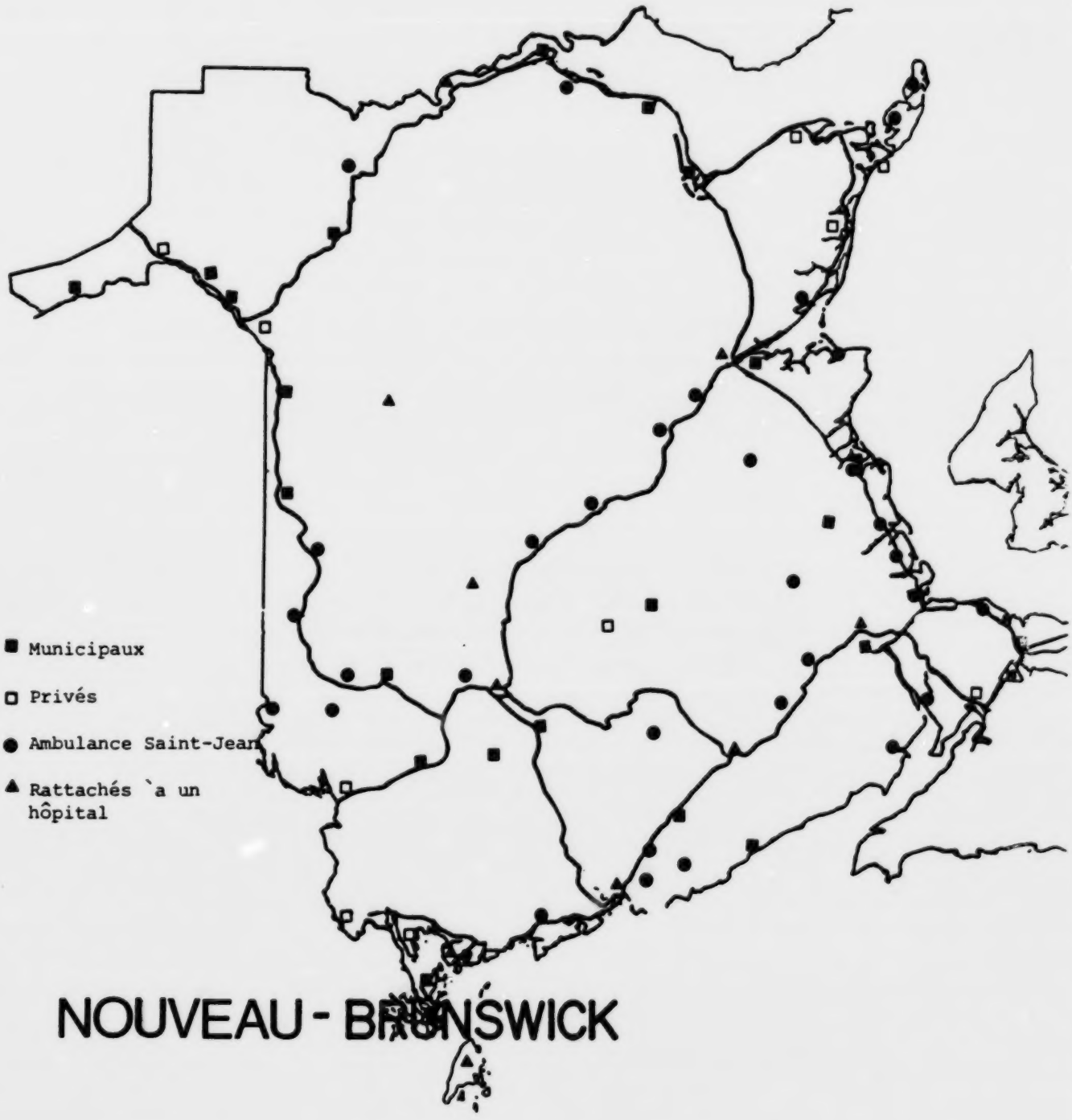
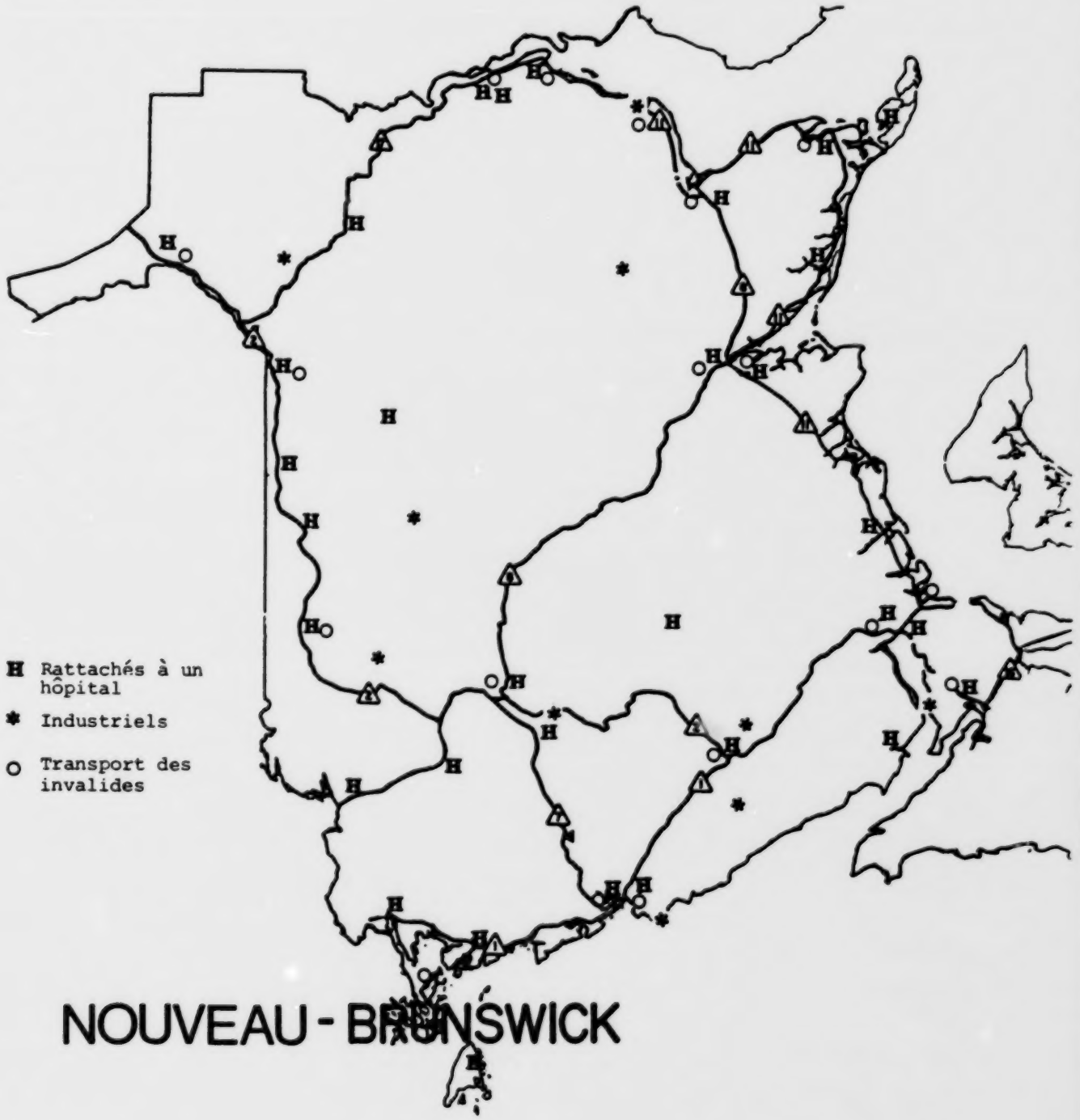


TABLEAU 2-2

Emplacement des hôpitaux, des services d'ambulance industriels et des services de transport des invalides



normalement cela comprend les taxes locales, le prélèvement de fonds dans la collectivité ou une combinaison des deux. Chaque entente est différente et le mode de financement varie d'un financement à 100 % par les taxes locales à un financement à 100 % par le prélèvement de fonds bénévoles. Par principe, les bénévoles de l'Ambulance Saint-Jean n'imposent pas de frais aux utilisateurs du service d'ambulance. Les bénévoles n'acceptent pas de paiement pour leurs services.

2.3.2 Services d'ambulance privés

Ce groupe d'entrepreneurs est le troisième de la province. Les exploitants privés ont généralement des contrats avec une ou plusieurs municipalités locales par lesquels ils assurent des services aux résidents dans une zone définie. La plupart des exploitants privés reçoivent des subventions de la municipalité locale et obtiennent le reste des revenus par l'imposition de frais aux patients. Les types de contrats entre les municipalités et les exploitants privés varient d'une région à l'autre et font généralement l'objet de négociations annuelles.

2.3.3 Services rattachés aux hôpitaux

Il y a dix endroits dans la province où les services d'ambulance sont fournis par l'hôpital ou le centre de santé local. Il s'agit des trois centres urbains de Saint John, Moncton et Fredericton ainsi que des petites villes. Les hôpitaux qui exploitent les services d'ambulance utilisent généralement du personnel d'ambulance qui peut être échangé contre celui du service d'urgence. Lorsqu'ils ne sont pas de service, les ambulanciers aident à titre d'aides-infirmiers dans la salle d'urgence ou dans d'autres secteurs de l'hôpital. Ces services sont subventionnés par les frais aux

patients, les revenus des tierces parties et les subventions de la ville et des municipalités environnantes.

2.3.4 Autres services d'ambulance municipaux

Les trois types de service ci-dessus représentent 70 % des services d'urgence de la province. Les autres sont fournis de différentes façons, y compris par les services d'incendie municipaux, les bénévoles rémunérés payés et les services bénévoles. Tous ces services prélèvent des frais pour les patients et les déficits budgétaires sont comblés par les taxes municipales locales.

2.3.5 Transferts entre hôpitaux

Les malades qui au point de vue médical doivent être transférés d'un hôpital à un autre sur une longue distance sont transportés par les services d'ambulance d'urgence. Un programme adopté récemment par le ministère de la Santé et des Services communautaires paie le coût de tous les transferts entre hôpitaux médicalement nécessaires (moins le co-paiement de l'utilisateur). Le patient paie 50 % des frais ou 50 $, selon le montant le moins élevé.

Un service désigné sous le nom de "transport des invalides" est une forme spéciale de transfert entre hôpitaux. Il désigne l'entente spéciale qui existait jusqu'à 1987 entre le ministère de la Santé et des Services communautaires et l'Ambulance Saint-Jean. L'Ambulance Saint-Jean recevait des fonds pour diriger un parc de véhicules, doté de bénévoles, pour effectuer les transferts entre hôpitaux, de l'hôpital au foyer de soins ou à la maison après un séjour à l'hôpital. En 1988, ce mode a été remplacé par un système de paiement à l'acte.

2.3.6 Services d'ambulance industriels

Certaines industries privées ont des services d'ambulance à titre de mesures d'urgence. Ces véhicules se trouvent habituellement dans des zones plus éloignées telles que les chantiers miniers et les chantiers d'exploitation forestière. Cette catégorie d'ambulances comprend également les véhicules situés aux hippodromes à Fredericton et à Saint John.

2.4 Formation et accréditation

Le système de services d'ambulance du Nouveau-Brunswick peut être décrit comme étant un système de maintien des fonctions vitales. Sauf dans les grandes régions urbaines, ces services d'ambulance sont formés pour dispenser des soins de secours et transporter les patients sécuritairement et rapidement vers le médecin.

Toute la formation est dispensée par l'Ambulance Saint-Jean qui reçoit une subvention annuelle de formation du ministère de la Santé et des Services communautaires. La formation est dispensée gratuitement aux services d'ambulance qui la reçoivent.

Le niveau de formation de base dont les ambulanciers dans la province ont besoin est le cours d'Ambulance I dispensé par l'Ambulance Saint-Jean. C'est un cours de secourisme qui comporte 16 heures d'enseignement en salle de classe. Les compétences ont été accrues au cours des dernières années et un certain nombre d'ambulanciers ont obtenu la formation au niveau d'Ambulance II qui comporte 100 heures de formation. Bien que l'on ne connaisse pas exactement le pourcentage d'ambulanciers possédant une formation au niveau II et des certificats valides, on estime qu'environ 15 % conservent un certificat valide et que peut-être même jusqu'à 40 % ont suivi la formation mais sans actualiser leurs certificats.

Le Comité consultatif des services d'ambulance a recommandé récemment que la province adopte des normes minimales plus élevées pour les ambulanciers. On recommande que le cours EMA I de l'Association médicale canadienne soit la norme minimale pour la province. Ce cours est à peu près l'équivalent du cours du niveau II de l'Ambulance Saint-Jean, bien qu'il comporte des exigences supplémentaires pour l'expérience en milieu hospitalier ainsi que pour la formation didactique.

On ne délivre pas de permis pour les ambulanciers et on n'accorde aucune reconnaissance formelle pour leurs compétences et leurs habiletés.

2.5 Volume du service

Le nombre d'appels annuel varie de moins de 100 pour bon nombre de petites brigades bénévoles à plus de 6 000 dans le cas du service de la ville de Saint John, le plus gros de la province. Vingt pour cent des services d'ambulance assurent 70 % des services d'appel.

Le tableau 2-3 présente le nombre de services d'ambulance par nombre d'appels. Les deux petites lignes du côté droit du graphique représentent les services ayant le plus grand nombre d'appels - les grosses lignes du côté gauche représentent les services qui ont un nombre d'appels peu élevé.

2.6 Personnel des ambulances

Comme le démontre le tableau 2-4, on compte environ 2 000 préposés aux ambulances dans la province.

Parmi ces préposés, 66 sont des ambulanciers à temps plein et 178 des ambulanciers à temps partiel rémunérés. Ces ambulanciers rémunérés représentent environ 12 % de l'ensemble du personnel des ambulances, mais ils répondent à 60-75 % des appels d'ambulance.

Il existe un lien inverse entre le nombre d'appels d'un service et le personnel exigé pour le faire fonctionner. Les petits services comptent sur des bénévoles et conséquemment ont besoin de plus de personnel que les gros services qui peuvent avoir un nombre moins élevés d'employés à temps plein. Ce lien inverse indique que la différence par rapport aux nombres d'appels par personne est même plus grande que dans le cas du nombre d'appels par service.

Cette situation a des incidences importantes sur la formation et la délivrance des permis comme on l'expliquera ultérieurement. Toutefois, la question à trancher est celle de savoir s'il est logique d'établir des normes minimales élevées et d'utiliser les ressources en matière de formation pour un grand nombre de personnes qui assurent en réalité peu de services, plutôt que d'encourager les quelques personnes qui dispensent la plupart des services à accroître leurs compétences au-delà de la norme minimale.

SERVICES D'URGENCE PAR NOMBRE D'APPELS

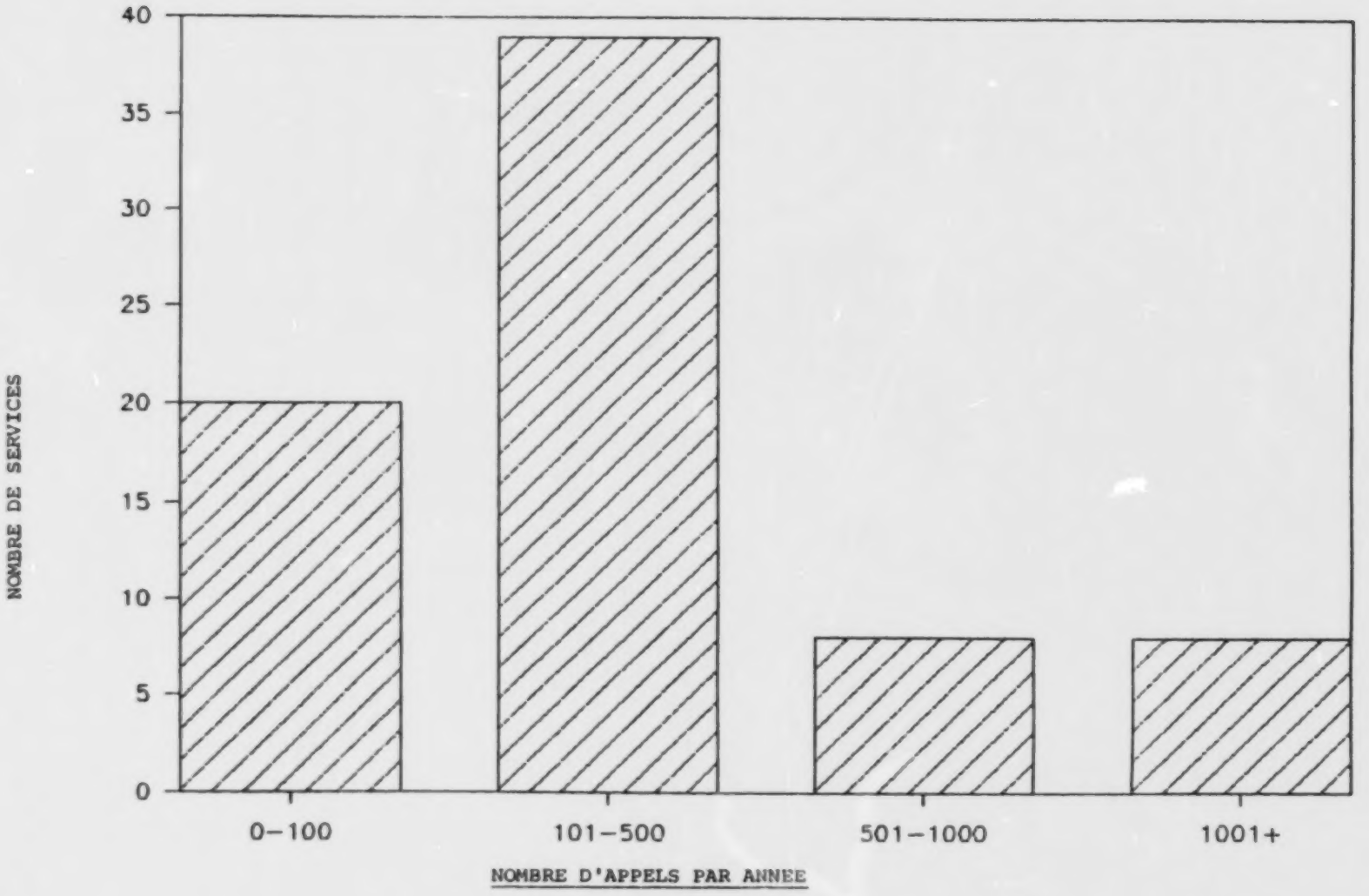


TABLEAU 2-3

Applied Management Consultants

TABLEAU 2-4

PERSONNEL DES SERVICES D'AMBULANCE PAR RÉGION

RÉGION	À TEMPS PLEIN RÉMUNÉRÉS	À TEMPS PARTIEL RÉMUNÉRÉS	BÉNÉVOLES RÉMUNÉRÉS	BÉNÉVOLES NON RÉMUNÉRÉS	TOTAL
1	9	44	5	463	521
2	19	42	42	385	488
3	12	47	112	303	474
4	6	13	56	57	132
5	6	12	17	62	97
6	9	15	—	131	155
7	5	5	—	176	186
TOTAL :	66	178	232	1 577	2 053

Source : Direction des services d'ambulance

2.7 Financement

Le financement des services d'ambulance provient de trois principales sources. Le montant approximatif de chaque source est fourni ci-dessous[1] :

Taxes municipales	3,0 millions de dollars
Frais aux patients	1,8 million de dollars
Santé et Services communautaires	2,0 millions de dollars
Total	6,8 millions de dollars

En plus des sources ci-dessus, il y a le montant inconnu provenant d'autres sources telles que le prélèvement de fonds, la facturation à des tierces parties et la valeur du temps et des services contribués par les collectivités et les bénévoles.

Le ministère de la Santé et des Services communautaires contribue environ 1,2 million de dollars en subventions directes aux services d'ambulance par l'entremise des services de santé, le Programme de transfert entre hôpitaux et les subventions à l'Ambulance Saint-Jean pour le transport des invalides. Les autres modes de financement de la Santé et des Services communautaires comprennent :

Administration	0,134 million de dollars
Formation	0,325 million de dollars
Subventions pour les véhicules	0,270 million de dollars
Radios	0,080 million de dollars

---

(1) Les bases de ces chiffres sont :

- Budget de la Santé et des Services communautaires pour 1987-1988
- Prévisions des taxes municipales et des frais aux patients de 1984-1985 provenant du Cabinet de la réforme gouvernementale
  Ces chiffres ont été majorés pour obtenir les prévisions de l'année courante.

2.7 Il existe autant d'ententes financières qu'il y a de services d'ambulance. Les frais aux patients s'appliquent dans certaines régions tandis que dans d'autres, les résidents ont choisi de payer les services d'ambulance totalement par l'entremise des taxes municipales, et aucuns frais ne sont imposés aux utilisateurs.

La plupart des services d'ambulance imputent des frais directs aux patients comme le démontre le tableau 2-5. Dans environ 25 % des cas (pour les services exploités par les bénévoles de l'Ambulance Saint-Jean), aucuns frais ne sont imposés aux patients.

TABLEAU 2-5
Services par type de co-paiement des utilisateurs

Urgence	Nombre	Nombre avec co-paiement	Nombre approximatif des appels annuels
Services privés	11	11	6 400
Services municipaux	21	20	6 200
Services de l'Ambulance Saint-Jean	33	0	4 000
Hôpitaux et centres de santé	10	10	16 500
TOTAL DES URGENCES	76	41	33 100
Transferts des invalides	18	0	3 000
TOTAL	94	41	36 100

3. LES SERVICES AILLEURS

Comme on l'a mentionné dans la partie précédente, les services d'ambulance ont évolué différemment dans chacune des provinces.

Nous avons examiné les principales caractéristiques des services d'ambulance dans chaque province et discuté des programmes avec les représentants respectifs.

Les caractéristiques de chaque programme sont résumées au tableau 3-1 et les faits saillants sont expliqués ci-dessous.

3.1 Type et nombre de services

Le Nouveau-Brunswick est unique parmi les provinces en ce qui a trait à son pourcentage élevé de services bénévoles par rapport aux services exploités par le gouvernement ou les services privés. La plupart des autres provinces ont une plus importante composante à but lucratif dans leur système et un pourcentage plus élevé de services fournis directement par la province. Les provinces dans l'Ouest ont tendance à être davantage centralisées et à fournir des services directement ou à confier l'élaboration des services à des commissions ou à des ministères gouvernementaux.

Le Nouveau-Brunswick compte 75 services d'ambulance d'urgence, ou approximativement 1,1 service par 10 000 habitants. Compte tenu des écarts de densité démographique, la situation est semblable à celle des autres provinces de l'Atlantique. La Nouvelle-Écosse par exemple a 0,7 service par 10 000 habitants tandis que Terre-Neuve en a 1,1.

3.2 Niveaux d'habiletés reconnus

Les provinces n'ont pas adopté une norme uniforme pour les niveaux d'habiletés. La tendance générale au Canada consiste à augmenter le nombre de techniciens médicaux en services d'urgence hautement

qualifiés et à adopter le système et les niveaux d'habiletés établis par l'AMC comme norme provinciale. Cette norme est utilisée uniquement en Colombie-Britannique actuellement. L'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve et la Nouvelle-Écosse reconnaissent un seul niveau d'habiletés - celui de technicien médical du premier niveau.

Les niveaux d'habiletés au Nouveau-Brunswick sont surtout ceux qui seraient considérés comme niveaux de base dans la plupart des provinces.

Les grandes provinces s'orientent vers une formation plus avancée en maintien des fonctions vitales. Le Québec est en voie d'implanter un programme d'habiletés avancées qui exige 1 200 heures de cours et de formation. L'Ontario a fait l'essai des services paramédicaux et a un programme visant à introduire les services paramédicaux dans le plus grand nombre de collectivités possibles au cours des cinq prochaines années. Seuls l'Ontario, la Colombie-Britannique et l'Alberta reconnaissent maintenant les paramédicaux.

Quatre provinces, soit la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan et Terre-Neuve ont des cours qui ont été accrédités par l'AMC.

3.3 Fonds de fonctionnement

Six provinces ont un mode combiné de financement pour les services d'ambulance qui comprend le ministère de la Santé et des Affaires municipales. Dans certaines provinces telles que Terre-Neuve, le ministère de la Santé paie les services pour tous les voyages d'ambulance sur une base de paiement à l'acte. Ces paiements ne couvrent pas nécessairement tous les coûts des services, les subventions des municipalités, des cercles de bienfaisance et d'autres organismes étant utilisées pour combler les déficits de fonctionnement.

En Colombie-Britannique, en Ontario, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard, les ministères de la Santé sont les seuls organismes offrant un financement pour les ambulances. Dans le cas de la Colombie-Britannique, le service est dirigé en réalité par le gouvernement.

Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et le Québec ont pour financer les services une formule fondée sur des taux fixes et les frais de kilométrage. Le Nouveau-Brunswick, le Manitoba et l'Alberta n'ont aucune formule fixe puisque les municipalités locales sont chargées de subventionner les services. (Il est à noter toutefois que toutes les provinces offrent une forme quelconque de services aux personnes âgées et aux assistés sociaux dans le cadre de divers types de programmes.)

Le Québec a laissé savoir qu'il adopterait bientôt un nouveau système qui réduira considérablement le nombre de districts de services d'ambulance et que ceux-ci seraient financés par des budgets fixes semblables à ceux fournis aux hôpitaux.

3.4 Financement des véhicules

À Terre-Neuve, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard, les services d'ambulance reçoivent des montants annuels fixes ou des subventions annuelles pour le remplacement des véhicules calculés sur leur utilisation. Aucune de ces provinces n'a un système de subventions pour les services d'ambulance comme celui du Nouveau-Brunswick où les décisions sont prises cas par cas. Terre-Neuve aide ses services bénévoles (mais non les services privés ou les services hospitaliers) en payant 50 % des coûts de remplacement des véhicules.

3.5 Frais aux patients

Huit des dix provinces imposent des frais uniformes à tous les utilisateurs. Les frais sont fondés sur le kilométrage ou établis selon des formules fixes. Seuls le Nouveau-Brunswick et le Manitoba n'ont aucune politique uniforme concernant les frais aux patients. Au Manitoba, les patients doivent payer tous les appels aux services d'ambulance. Le Nouveau-Brunswick semble être unique au Canada en ce sens qu'il a certains services (ceux offerts par les bénévoles de l'Ambulance Saint-Jean) dont les utilisateurs n'ont pas à payer une partie des coûts.

TABLEAU 3-1

CARACTÉRISTIQUES DES SERVICES D'AMBULANCE AU CANADA

1. COMBINAISON DE SERVICES

Nouveau-Brunswick	Ambulance Saint-Jean	32
	Municipaux	22
	Privés	11
	Hôpitaux	10
	Transferts des invalides	18
	Industriels	11
		104
Terre-Neuve	Hôpitaux	12
	Collectivité (23 services bénévoles)	28
	Privés	25
		65
Nouvelle-Écosse	Privés	52
	Hôpitaux	2
	Bénévoles	6
		60
Île-du-Prince-Édouard	Privés	6
Québec	(Environ)	
	Privés	161
	Municipaux	9
	Autres	6
Ontario	Brigades bénévoles	33
	Privés	68
	Municipaux	5
	Hôpitaux	64
	Dirigés par le gouvernement	9
		179
Manitoba	Services d'incendie	8
	Municipaux	13
	Privés	9
	Bénévoles (rémunérés)	72
	Hôpitaux	45
		147
Alberta	Environ 104 1/3 bénévoles, 1/3 privés, 1/3 municipaux	
Colombie-Britannique	374 ambulances dans 183 collectivités Tous dirigés par la province.	

Applied Management Consultants

Tableau 3-1 (suite)

2. FONDS DE FONCTIONNEMENT ASSURÉS PAR LE GOUVERNEMENT PROVINCIAL

Nouveau-Brunswick	- Responsabilité municipale. Les municipalités accordent des subventions aux exploitants pour leur permettre de payer les coûts non couverts par les frais aux patients - Le ministère de la Santé et des Services communautaires paie toute la formation et tous les transferts entre hôpitaux, les services aux personnes âgées et aux assistés sociaux sur une base de paiement à l'acte
Terre-Neuve	- Le ministère de la Santé paie des frais pour les services aux exploitants autres que les hôpitaux - Compris dans les budgets des hôpitaux pour les services rattachés aux hôpitaux
Nouvelle-Écosse	- Le ministère de la Santé paie des frais pour les services aux exploitants
Île-du-Prince-Édouard	- Frais pour les services fournis par le ministère de la Santé
Québec	- Pour les services non rattachés aux hôpitaux, une subvention de base selon le nombre de véhicules, plus les frais pour les services aux exploitants, habituellement payés par l'hôpital (pour les transferts et les cas autres que les accidents automobiles ou tierces parties - C.A.T., M.A.C., etc.) - Pour les services rattachés aux hôpitaux, compris dans le budget de fonctionnement de l'hôpital - Les grandes municipalités accordent des subventions de fonctionnement à leurs entrepreneurs
Ontario	- La Division des services de santé d'urgence du ministère de la Santé subventionne tous les coûts des services.

Tableau 3-1 (suite)

Manitoba	- Subventionnés par les municipalités comme au Nouveau-Brunswick. La Commission des services de santé accorde des subventions par habitant à chaque municipalité pour les services d'ambulance. Les coûts des transferts, effectués dans une période de 24 heures sont payés par la Commission par l'entremise du budget de l'hôpital
Alberta	- Subventionnés par les municipalités comme au Nouveau-Brunswick. Le ministère paie les services aux personnes âgées, aux assistés sociaux, etc.
Colombie-Britannique	- Subventionnés au complet par la Commission des services de santé d'urgence

Tableau 3-1 (suite)

3. AIDE POUR L'ACHAT DES VÉHICULES ACCORDÉE PAR LE GOUVERNEMENT PROVINCIAL

Nouveau-Brunswick	- Subventions à l'achat des ambulances, accordées aux services en fonction des besoins déterminés par les services d'ambulance
Terre-Neuve	- Subventions annuelles fixes aux services privés de 9 000 $ par véhicule - Paie 50 % des coûts de remplacement des véhicules pour les services bénévoles
Île-du-Prince-Édouard	- Inclus dans les frais
Nouvelle-Écosse	- Subvention annuelle
Québec	- Inclus dans les frais
Ontario	- Achetés par la province
Manitoba	- Aucune forme d'aide précise
Saskatchewan	- Une partie de la subvention aux conseils des services d'ambulance
Alberta	- Aucune aide
Colombie-Britannique	- Achetés par la province

Tableau 3-1 (suite)

4. FRAIS AUX PATIENTS

Nouveau-Brunswick	Varient selon les municipalités
Terre-Neuve	< 80 km - 35 $ > 80 km - 45 $
Nouvelle-Écosse	< 160 km - 40 $ > 160 km - 60 $
Île-du-Prince-Édouard	75 $ par trajet
Québec	75 $ plus 1,75 $ le kilomètre
Ontario	22 $ s'il s'agit d'un accident de véhicule à moteur
Manitoba	Varient selon les municipalités
Alberta	De base 85 % + 1,63 $ le kilomètre Techniques avancées de maintien des fonctions vitales 138 $ + 1,63 $ le kilomètre
Colombie-Britannique	28 $ plus 0,29 $ le kilomètre jusqu'à concurrence de 135 $

4. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

4.1 Services médicaux d'urgence c. services d'ambulance

Au cours de nos entrevues, nous avons reçu des commentaires généralement favorables au sujet des services d'ambulance, particulièrement de la part du grand public. La demande de services améliorés chez le public n'est pas forte. En effet, plusieurs fois nous avons reçu le commentaire suivant - 'si le système a l'air de bien fonctionner, pourquoi ne pas le laisser tel quel?'

Les personnes connaissant le système et ayant de l'expérience dans le secteur toutefois ont exprimé de graves préoccupations du fait que les services ne soient que des services de base, et elles ont souligné que des changements fondamentaux s'imposent maintenant. Par exemple, la Société médicale du Nouveau-Brunswick préconise un accroissement majeur des habiletés du personnel des services d'ambulance. Les expériences ailleurs ont démontré que des services d'urgence améliorés peuvent permettre de sauver un plus grande nombre de vies grâce à une intervention plus immédiate et plus efficace.

Le Nouveau-Brunswick n'a pas suivi les tendances qui se sont dessinées dans le secteur des services d'urgence pré-hospitaliers en Amérique du Nord. Le service s'est amélioré constamment depuis les efforts concentrés qui ont été déployés dans les années soixante-dix, et il est probablement aussi avancé que tout autre au Canada Atlantique. Néanmoins, les autres provinces du Canada s'orientent vers la prestation de services plus avancés de maintien des fonctions vitales (de survie) dans un système médicalement centralisé. Ce mouvement est largement alimenté par un intérêt accru de la part de l'AMC et des associations médicales provinciales qui souhaitent étendre leurs services en soins critiques à la collectivité, ainsi que par les progrès réalisés aux États-Unis dans les services médicaux d'urgence.

Avant de déterminer la meilleure approche à adopter par rapport aux services d'ambulance, la province doit prévoir les tendances et établir des objectifs qui correspondent aux besoins du système pour l'avenir.

Comme première étape, il est important de commencer à concevoir les services d'ambulance à titre de composante de traitement pré-hospitalier des services médicaux d'urgence. Une telle notion établit le système comme étant plus qu'un système de transport à un service médical, en mettant l'accent sur la réduction du nombre de décès et de handicaps par suite d'états médicaux et d'accidents.

Pour être efficace, l'intervention doit être décisive, complète, immédiate, assurée par des personnes qualifiées, unifiée et suffisamment dynamique pour assurer la stabilisation. Cela veut dire que même si un bon nombre de professionnels et de techniciens peuvent jouer un rôle essentiel dans l'intervention au centre, les services médicaux d'urgence doivent être surveillés par des médecins. La tâche générale d'un système de services médicaux d'urgence consiste à localiser le patient et à dispenser un programme de soins pré-planifié, intégré et unique qui commence sur place et qui se poursuit jusqu'au point où l'état du patient est stabilisé - le plus probablement à l'hôpital. Cette intervention doit être conçue à partir du centre vers l'extérieur comme un moyen d'assurer des soins médicaux le plus rapidement possible selon ce que l'état permet. Cela ne veut pas dire pour autant que chaque intervention nécessite le déplacement des services vers le patient. Souvent l'intervention la plus utile consiste tout simplement à transporter rapidement la victime à l'hôpital pour fins de traitement. Le principal but est de réduire le délai jusqu'aux soins de stabilisation.

Dans un système complexe où interviennent de nombreuses personnes, la coordination du service et l'élaboration de normes sont les critères les plus critiques, tandis que la question du financement ou de la prestation du service est moins importante. L'élément clé

consiste à avoir un mécanisme pour établir des normes de rendement et en assurer l'observation ainsi qu'un organisme apte à jouer un rôle de premier plan dans l'élaboration d'un service professionnel et intégré.

Il se peut que les petits services ne se développent jamais au point décrit, d'où le manque d'uniformité dans le rythme auquel les services atteigneront ces niveaux. Mais le système devrait encourager la progression rapide vers ces objectifs tout en s'assurant que tous les résidents aient accès à des soins d'urgence et des services de transport de base, et ce à des niveaux compétents.

Reconnaissant cette vision de l'orientation du système pour l'avenir, nous formulons la recommandation suivante :

Recommandation 1 : Le ministère de la Santé et des Services communautaires devrait remplacer l'appellation de la Direction des services d'ambulance du ministère par la Direction des services médicaux d'urgence (SMU).

4.2 Législation

Il doit exister une législation qui permet au ministère de la Santé et des Services communautaires d'établir et de faire respecter les normes. Actuellement, le gouvernement n'a pas le pouvoir et le consommateur n'a aucune protection ni garantie de services qui répondent au moins à des normes minimales de qualité.

Sans une législation efficace, il n'est pas possible d'assurer un certain leadership dans l'élaboration d'un système de services de santé d'urgence dans la province. Les ambulanciers peuvent maintenant se contenter d'une formation minime, et rien sauf les politiques des exploitants individuels ou des équipes bénévoles, n'empêche les ambulanciers incompétents ou non qualifiés de répondre

aux appels. Le public n'a pas de garantie que les ambulanciers répondant à l'appel possèdent une formation minimale.

Une solution très simple consisterait à promulguer le reste de la loi actuelle. Toutefois, la loi tel qu'elle est rédigée actuellement, ne tient pas compte de la réalité du système actuel ou du type de service dont les services médicaux d'urgence auront besoin à l'avenir.

La Loi sur les services d'ambulance est fondée sur un modèle selon lequel

- la province serait divisée en districts

- un seul fournisseur serait choisi pour chaque district

- le fournisseur exploiterait un service d'ambulance dans ce district pour la province

- la province deviendrait effectivement un fournisseur de services

Elle établit des objectifs qui ne peuvent pas être définis et qui ne sont probablement pas réalisables. Par exemple, la loi exige la "mise en place à travers de la province d'un réseau équilibré et intégré de services d'ambulance". Ce serait une situation idéale d'avoir des services qui sont tous aussi bons que possible, mais si équilibré veut dire égal, il ne s'agit pas d'un objectif réaliste compte tenu de la répartition démographique et des services.

Recommandation 2 : Le ministère de la Santé et des Services communautaires devrait adopter une nouvelle Loi sur les services médicaux d'urgence pour remplacer l'actuelle loi sur les services d'ambulance afin de tenir compte du concept des services médicaux d'urgence pré-hospitaliers en tant que programme médical, en précisant les normes à respecter pour obtenir un permis et en

définissant les limites des responsabilités du ministère.

4.3 Professionnalisme

Les soins médicaux d'urgence pré-hospitaliers au Nouveau-Brunswick doivent devenir beaucoup plus professionnels. L'absence d'un mécanisme de délivrance de permis et de reconnaissance professionnelle des habiletés et des personnes qui travaillent au sein du système est un empêchement majeur au développement.

Un système qui devient professionnel n'est pas un système qui rémunère les gens pour fournir le service. 'Professionnel' désigne essentiellement une personne qui est prête à dire en public qu'elle possède une certaine compétence et qui accepte d'être jugée selon la qualité de son rendement. Une attitude de professionalisme est un contraste par rapport à l'attitude 'd'amateur' : une personne qui aime le travail mais qui ne tient pas à démontrer la qualité de sa performance.

Le professionalisme n'est pas une qualité que l'on trouve nécessairement chez tous ceux qui sont rémunérés pour accomplir une tâche, et on trouve même souvent cette qualité chez des personnes qui ne sont pas rémunérées. Nous pensons que le Nouveau-Brunswick a beaucoup à gagner en encourageant le professionalisme chez tous ceux qui dispensent des soins médicaux d'urgence. En outre, on devrait encourager le professionalisme chez toutes les composantes du système actuel, plutôt que de confier le système à un nouveau groupe de personnes.

Le ministère devrait aussi rapidement que possible établir plusieurs niveaux de permis pour ses services médicaux d'urgence pré-hospitaliers. Le premier niveau devrait être perçu de façon que toute personne maintenant reconnue comme fournissant des soins acceptables réponde au critère d'obtention de ce permis. Le prochain niveau devrait être le niveau de EMA-I de l'Association

médicale canadienne. Nous sommes d'avis qu'il faut s'efforcer de rehausser les normes minimales de participation au niveau du système de services médicaux d'urgence, mais qu'il serait prématuré de le faire maintenant : il faudrait plutôt mettre l'accent sur le rehaussement des normes maximales, en encourageant ceux qui sont au sein du système à viser des normes plus élevées que celles auxquelles ils répondent maintenant et en les appuyant dans leurs efforts en vue d'obtenir un permis qui reconnaît les normes plus élevées des soins qu'ils dispensent. Quand on cherche le perfectionnement, il est mieux de relever le 'plafond que le plancher'. À mesure qu'on atteint un sens d'accomplissement, selon la compétence éprouvée, on pourra à ce moment-là réexaminer les mesures à prendre concernant les moins compétents.

Recommandation 3 : La législation devrait prévoir un système de permis à un seul palier pour le personnel des services médicaux d'urgence qui tient compte des habiletés spéciales acquises à chaque niveau de formation.

Recommandation 4 : La législation devrait prévoir un permis pour tous les ambulanciers qualifiés qui travaillent au sein du système actuellement et qui sont capables de dispenser des soins de base, mais qui n'ont pas le EMA-I ou l'équivalent en formation. Aucun ambulancier ne devrait être admissible à ce genre de permis à l'avenir.

4.4 Formation

Le système de formation des ambulanciers a été jusqu'à présent axé sur la prestation de la formation. La question devient donc "Combien de formation avons-nous les moyens de donner?" et la réponse est inévitablement, pas beaucoup.

Il est difficile de voir les avantages que ce système apporte aux patients, à la province ou aux gens qui travaillent dans les services

médicaux d'urgence. En donnant gratuitement la formation, la province limite la formation disponible parce que les autres fournisseurs de formation ne peuvent pas faire concurrence à un service gratuit. Les résultats prévisibles sont donc ceux que nous avons constatés : la formation est minime, elle coûte beaucoup à la province et la quantité est minime.

La formation est habituellement dispensée sur place - c'est-à-dire, à la base des services d'ambulance. Dans les petites localités, les services avoisinants peuvent se regrouper pour constituer un nombre suffisant de participants afin d'offrir un cours. L'Association de l'Ambulance Saint-Jean occupe cinq instructeurs à temps plein qui donnent les seuls cours à l'intention des ambulanciers offerts dans la province. Ces cinq instructeurs doivent couvrir les 104 services dans la province, répartis sur un grand territoire géographique. Les instructeurs doivent se déplacer souvent puisque la plupart des cours sont dispensés en soirée sur plusieurs semaines. La liste d'attente pour les cours est toujours longue et l'Ambulance Saint-Jean prétend qu'il n'est pas possible d'assurer le recyclage nécessaire pour maintenir l'accréditation avec les ressources humaines actuelles.

Le ministère n'a pas de données sur le nombre d'ambulanciers formés, mais l'expérience dans d'autres territoires a démontré que le roulement chez les ambulanciers est de 20 % à 25 % par année. Ainsi, environ 400 ambulanciers doivent être formés annuellement pour maintenir un niveau de personnel quelconque. De ces ambulanciers, un maximum peut-être de 50 seront formés au niveau II tandis que les autres recevront une formation de base du niveau I. Cela représente au total 13 400 heures de formation par année. En supposant une moyenne de 10 étudiants par classe, le nombre total d'heures d'instruction exigé est de 1 340. Même en doublant ce chiffre pour tenir compte du déplacement et du temps de préparation, ce système coûte au ministère 120 $ par heure d'instruction pour la formation, ou 800 $ par personne qualifiée.

Il s'agit d'une méthode inefficace et coûteuse pour former le personnel des services médicaux d'urgence. On devrait pouvoir trouver d'autres solutions qui coûteraient beaucoup moins cher.

Par exemple, la désignation de personnes dans la plupart des régions de la province aptes à enseigner sur une base à temps partiel selon la demande, serait une approche beaucoup plus efficace pour dispenser une formation que d'essayer d'utiliser des instructeurs centralisés qui doivent se déplacer à la grandeur de la province.

Les collèges communautaires dispensent régulièrement une formation et un enseignement au niveau local en utilisant ce type d'approche. Ils offrent également tous les programmes de formation liés à la santé dans la province.

Il est absolument essentiel d'accroître la formation disponible pour permettre au système de se développer.

Cet accroissement des programmes de formation ne se réalisera pas selon l'entente actuelle avec l'Ambulance Saint-Jean, même si on lui fournissait des fonds pour embaucher d'autres instructeurs. Une approche décentralisée et communautaire s'impose et le seul organisme qui possède l'infrastructure et les réseaux permettant d'adopter cette approche est le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Formation.

Le ministère de la Santé et des Services communautaires devrait donc discuter avec le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Formation afin de trouver des moyens de faire participer les collèges communautaires à la formation d'un plus grand nombre d'instructeurs de services médicaux d'urgence et d'offrir des cours par l'entremise du réseau des collèges dans la province. Les fonds maintenant utilisés pour l'achat de formation de l'Ambulance Saint-Jean devraient être réorientés de façon à être plus accessibles aux particuliers et aux services. Ils devraient être utilisés pour

établir un fonds de formation à cette fin. Le fonds de formation devrait être redistribué entre les services d'ambulance selon une formule qui engloberait le nombre d'employés et leur niveau de formation actuel. Chaque service devrait être tenu de soumettre un plan annuel de formation et un rapport annuel au ministère pour obtenir des fonds en vue de dispenser de la formation. Il faudra fournir d'autres fonds au cours des deux premières années du programme afin de permettre aux collèges communautaires d'acheter de l'équipement et de former suffisamment d'instructeurs.

Le fonds de formation ne devrait pas couvrir tous les coûts de la formation pour les services médicaux d'urgence. Soit les services individuels, soit les techniciens des services médicaux d'urgence recevant de la formation, ou les deux devraient assumer une partie des coûts.

L'Ambulance Saint-Jean pourrait continuer de jouer un rôle à titre d'organisme de formation, en vertu d'un contrat avec les collèges communautaires.

Nous tenons à souligner que cette proposition n'a pas pour but de modifier l'approche de base qui consiste à fournir une formation dans la collectivité où le service se trouve. Ultérieurement, il serait peut-être utile d'établir un cours rattaché à un établissement pour la formation avancée en maintien des fonctions vitales à mesure que la demande des niveaux EMA-II et de compétences plus élevées augmentera, mais la mise sur pied d'un tel cours ne devrait pas modifier la méthode qui consiste à offrir une formation sur place pour la plupart des services médicaux d'urgence.

Recommandation 5 : Le ministère de la Santé et des Services communautaires devrait mettre fin à son contrat de formation avec l'Ambulance Saint-Jean et confier la responsabilité en matière de formation aux collèges communautaires.

Recommandation 6 : Le budget actuel de formation devrait être converti en un fonds de formation pour aider les services et les particuliers à payer une partie des coûts de formation.

4.5 Examens

Pour vérifier si les gens ont acquis une formation et s'ils peuvent appliquer ce qu'ils ont appris, il faut un programme d'examens autonome et objectif. Actuellement, l'instructeur de l'Ambulance Saint-Jean prend des dispositions pour que les compétences des diplômés du cours soient évaluées par un médecin local. Souvent, le médecin n'est pas disponible et l'examen est administré par l'instructeur. Puisqu'il n'existe pas de protocole uniforme pour l'examen, les diplômés subissent l'examen jugé adéquat par le médecin examinateur.

Dès que les collèges communautaires auront augmenté le nombre d'instructeurs, il sera encore plus important d'utiliser des examens pour assurer la compétence des candidats. L'examen est un moyen de contrôler la qualité de la formation ainsi que d'assurer la compétence. Les personnes qui auront payé pour obtenir une formation et qui constateront qu'elles ne peuvent pas réussir à des examens objectifs, agiront pour éliminer tous les instructeurs incompétents.

Trois options peuvent être utilisées pour organiser un programme d'examens :

- La Direction des services médicaux d'urgence pourrait se charger d'élaborer et d'appliquer ces programmes et de délivrer un certificat aux ambulanciers ayant réussi à l'examen.

- Les collèges communautaires pourraient organiser les programmes d'examens. Il devrait y avoir des sauvegardes pour s'assurer qu'aucun instructeur du cours ne participe à

l'examen de ses propres étudiants.

- Les protocoles d'examen seraient élaborés de façon centrale par ces organismes, mais l'examen en soi pourrait être administré par les professionnels des services médicaux d'urgence dans une région.

Ces trois options pourraient répondre aux exigences de base. À court terme, la seule véritable option est la mise sur pied et l'administration par le ministère d'un programme d'examens indépendant des collèges communautaires. Ultimement parlant, l'administration des examens pourrait être confiée à des groupes régionaux de techniciens.

Recommandation 7 : La Direction des services médicaux d'urgence devrait élaborer une méthode pour vérifier la compétence des techniciens nouvellement qualifiés et les techniciens devant être réaccrédités.

4.6 Financement

Le financement du système provient de trois principales sources :

- Taxes municipales
- Frais aux patients
- Ministère de la Santé et des Services communautaires

4.6.1 Taxes municipales

Les municipalités paient tous les coûts des services dispensés par les bénévoles de l'Ambulance Saint-Jean et subventionnent tous les services dont les coûts de fonctionnement ne peuvent pas être couverts par les frais aux patients ou les frais payés par le ministère de la Santé et des Services communautaires.

Le financement du système des services médicaux d'urgence est un rôle que bon nombre de municipalités voudraient abandonner. Elles soutiennent que les services médicaux d'urgence sont un service de santé et que leur financement devrait relever du ministère de la Santé et des Services communautaires de la même façon que les services hospitaliers et l'assurance-maladie sont subventionnés. Ces municipalités voient davantage les services médicaux d'urgence comme un service de santé qu'un service d'urgence tel que la police ou la prévention des incendies, même si dans les petites municipalités, les services de prévention contre les incendies et les services d'ambulance sont assurés par le même groupe de bénévoles. Certaines municipalités ont un point de vue contraire et sont fières des améliorations qu'elles ont pu apporter grâce à leur propre initiative et à la relation qu'elles ont établie entre les services d'ambulance et l'administration municipale, une relation qui disparaîtrait en vertu d'un système subventionné de façon plus centrale. Les petites municipalités craignent également que le financement central mènerait à l'abolition d'un certain nombre de services dont le volume est faible.

Nous avons élaboré pour le financement trois options qui pourraient peut-être fonctionner dans le contexte du Nouveau-Brunswick :

Option 1 : Le ministère de la Santé et des Services communautaires assumerait le financement de chaque service d'ambulance. Le financement provenant de la taxe municipale prendrait fin et les fonds actuels seraient transférés à la Santé et aux Services communautaires. Chaque service d'ambulance négocierait son budget annuel avec le ministère, ou serait remboursé sur une base de paiement à l'acte, ou encore selon une combinaison de ces mécanismes. Ce modèle serait semblable à celui de la Nouvelle-Écosse selon lequel

les taux sont négociés annuellement entre le ministère et l'Association des administrateurs des services d'ambulance.

Option 2 : Mise sur pied d'un réseau de services d'ambulance rattachés à un hôpital. Selon cette option, les hôpitaux seraient des unités de prestation de base et seraient chargés d'exploiter le service moyennant des fonds fournis par le ministère à même le budget annuel de l'hôpital. Les services bénévoles seraient maintenus dans les régions sans hôpitaux, mais ces services fonctionneraient en vertu d'une forme quelconque de contrat avec l'hôpital communautaire le plus près.

Option 3 : Maintenir le système actuel de financement en y apportant certains changements pour assurer la perception d'un revenu accru auprès des tierces parties.

Au point de vue organisationnel, les options 1 et 2 sont attrayantes parce qu'elles font des services d'urgence un programme véritable, un organisme principal responsable intervenant à partir de l'élaboration du programme jusqu'à son financement et à sa prestation. La nécessité pour les municipalités d'être parties prenantes serait abolie.

Ces deux options réduiraient les taxes municipales que les résidents paient maintenant pour les services d'ambulance par l'entremise des impôts fonciers et répartiraient le fardeau de façon plus équitable dans l'ensemble de la province.

Le principal avantage que présente l'option 2 par rapport à l'option 1 est le lien qui est établi entre les hôpitaux et les services médicaux d'urgence.

Toutefois, l'option 2 pourrait ultimement parlant coûter cher puisqu'elle mènerait inévitablement au remplacement des

bénévoles par du personnel rémunéré dans la plupart des services, et au remplacement des services bénévoles par un personnel hospitalier rémunéré.

Selon des budgets fixes provenant d'une source centrale, les options 1 et 2 pourraient tendre à ralentir les initiatives visant à accroître les compétences et les habiletés des services locaux. L'accroissement dépendrait des fonds provinciaux disponibles.

Même si à court terme, la plupart des services bénévoles devaient continuer de fonctionner, les encouragements locaux relativement au prélèvement de fonds ou au volontariat diminueront et le ministère devra assumer les coûts entraînés par les mesures visant à combler ces lacunes.

Selon les politiques concernant les frais aux patients, le ministère pourrait devoir financer un écart accru entre les recettes et les coûts, particulièrement si les frais étaient maintenus à un niveau constant à mesure que les coûts augmentent.

Le plus grand désavantage des options 1 et 2 à notre avis, c'est le fait que le ministère serait immédiatement tenu de trouver de 2 à 6 millions de dollars (selon l'option choisie et la politique concernant les frais aux patients) sans que des améliorations qualitatives soient apportées au système. Il est beaucoup plus prioritaire à notre avis de prélever des nouveaux montants moins élevés afin d'améliorer le système, que d'apporter des changements organisationnels majeurs qui n'améliorent pas la qualité des services.

Un deuxième désavantage important des options 1 ou 2, c'est que certains services actuels disparaîtraient probablement ou ne seraient pas maintenus sous leur forme actuelle. Bon

nombre de collectivités s'y opposeraient fortement car elles voudraient conserver et reconnaître les efforts bénévoles ainsi que les bons services de base qu'elles ont dispensés par le passé.

4.6.2 Ministère de la Santé et des Services communautaires

La responsabilité du ministère en ce qui a trait au financement des services médicaux d'urgence devrait se situer dans quatre principaux secteurs :

- Financement d'un bureau central chargé d'administrer les normes, d'accorder des permis aux administrateurs, d'immatriculer les véhicules, d'accréditer les techniciens, de tenir des statistiques, de préparer des rapports et d'assurer le leadership en ce qui a trait à la mise sur pied d'un système professionnel amélioré

- Financement du programme de transfert entre hôpitaux sur une base de paiement à l'acte

- Prestation de fonds pour élaborer des programmes éducatifs et aider les particuliers à obtenir une formation

- Octroi de subventions de fonctionnement aux comités des services d'ambulance régionaux (à discuter plus tard).

Le ministère devrait mettre fin à sa pratique actuelle qui consiste à accorder des subventions pour les véhicules. Ce programme était nécessaire lorsque la province a tenté d'améliorer rapidement la qualité des véhicules dans la province et a contribué de façon importante à l'amélioration majeure des véhicules au Nouveau-Brunswick. Toutefois, le

programme de subventions est actuellement contreproductif. Plusieurs services d'ambulance sont très petits et accaparent des véhicules qui pourraient être utilisés ailleurs au sein du système. Le programme de subventions pour les véhicules facilite trop la mise sur pied de nouveaux services. Le temps semblerait être venu de repenser l'approche de ce programme. Les subventions aux services d'ambulance devraient être converties en indemnités d'amortissement et réparties entre tous les services d'ambulance selon une formule d'amortissement incluant l'âge et l'utilisation des véhicules. Le principal objectif devrait être de rendre la collectivité locale responsable du financement et du remplacement de ces véhicules et de lui fournir un soutien pour l'aider dans ce secteur. Les collectivités qui ne peuvent pas prélever suffisamment de fonds pour remplacer leurs véhicules sont probablement trop petites de toute façon.

4.6.3 Frais aux patients

Sans égard à l'option de financement choisie pour les services médicaux d'urgence à l'avenir, il faudrait intensifier les efforts pour accroître les recettes provenant des tierces parties.

Les politiques concernant les frais aux patients diffèrent d'une collectivité à l'autre. Bon nombre de petits services paient tous les coûts sans imputer des frais aux consommateurs. Dans ces cas, et dans le cas où les frais sont grandement inférieurs au coût du service, le système des services médicaux d'urgence perd des montants considérables de recettes potentielles. La plupart des frais aux patients sont recouvrables auprès des tierces parties (compagnies d'assurance, MAC, services de santé, etc.). L'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes Inc. estime que 80 % des Néo-Brunswickois ont une assurance médicale qui

paierait les services d'ambulance. Tous les propriétaires d'automobile doivent souscrire une assurance pour les dommages corporels.

Nous avons estimé les recettes prévues du système de services médicaux d'urgence à environ 500 000 $ (avec des frais minimum de 30 $) et à 1,2 million de dollars (avec des frais aux patients de 75 $).

L'Ambulance Saint-Jean considère ce genre de frais aux patients contraire à sa politique de volontariat.

Toutefois, l'autre aspect de cette politique, c'est que ceux qui reçoivent des soins d'urgence ne devraient avoir aucune responsabilité financière, politique ou de quasi contrôle pour ces soins vu qu'ils les reçoivent à titre de charité. À titre d'accord institutionnel, la politique a des conséquences négatives importantes : elle limite les soins disponibles, non pas à ce que les citoyens du Nouveau-Brunswick ont besoin ou désirent, ou pourraient avoir, mais à ce que les bénévoles sont prêts à donner. En même temps, puisque cela empêche la constitution d'une mise de fonds adéquate au sein du système des services médicaux d'urgence, le développement de soins plus avancés est également retardé. Enfin puisqu'on ne s'attend pas à ce que les gens qui reçoivent des services gratuitement insistent sur la qualité de ce qu'on leur donne, la politique nuit à une préoccupation sociale légitime voulant que les services médicaux soient de haute qualité.

L'Ambulance Saint-Jean doit se pencher sérieusement sur les effets financiers de sa politique "sans frais" et trouver un moyen de permettre l'imposition de frais aux patients. Les recettes potentielles qui pourraient profiter à tout le système sont tout simplement trop élevées pour qu'on les ignore; on ne peut pas non plus oublier la capacité d'utiliser

ces fonds afin d'améliorer les services au niveau local pour le bien de la collectivité.

Les principaux récipiendaires d'un service gratuit sont les compagnies d'assurance et le ministère de la Santé et des Services communautaires puisque celui-ci ne reçoit pas de factures pour bon nombre de services qui donneraient droit à des paiements du ministère. Les consommateurs sont ultimement les perdants puisqu'ils paient plus que les montants nécessaires par l'entremise des taxes municipales, ou subsidiairement, ne reçoivent pas la qualité de services qui pourraient être offerte si on obtenait des recettes supplémentaires des tierces parties.

Des frais aux patients uniformes à l'échelle de la province pour tous les résidents ont été proposés comme solution de rechange au système actuel. C'est la pratique suivie dans la plupart des provinces. Cette solution est manifestement attrayante parce qu'elle semble être équitable vu qu'elle est semblable pour tout le monde. D'autre part, chaque collectivité subventionne les services selon une façon qui correspond aux conditions locales et les frais aux patients font partie de la décision concernant la meilleure approche à prendre pour cette région.

Une autre option consisterait à établir des frais <u>minimum</u> pour tous les utilisateurs des services médicaux d'urgence. Les municipalités locales pourraient exiger tout montant supplémentaire fourni au montant minimum exigé.

Les deux options accentuent le conflit entre deux principes valables : le principe selon lequel tout le monde devrait assumer une partie équitable des coûts des services médicaux d'urgence; et le principe selon lequel les municipalités devraient avoir la plus grande latitude de choisir comment

elles paieront les services essentiels. Dans la mesure où ces principes entrent en conflit, les préférences locales en matière de financement sont plus importantes que les recettes supplémentaires recueillies.

Recommandation 8 : Les responsabilités en matière de financement se situeront à trois niveaux :

- Les municipalités subventionneront, moyennant leurs recettes fiscales ou d'autres activités de prélèvement de fonds, les coûts de fonctionnement au besoin

- Les frais aux patients, dont la plupart seront remboursables par les assurances des tierces parties

- Le ministère de la Santé et des Services communautaires sera chargé de financer un bureau central et de fournir des mises de fonds initiales pour l'amélioration du système, ainsi que de payer les services assurés.

Recommandation 9 : Le ministère devrait mettre fin au programme de subventions pour les véhicules et convertir ces fonds en indemnités d'amortissement versées aux services individuels afin de leur permettre d'établir des réserves de fonds pour le remplacement des véhicules.

Recommandation 10 : Tous les services devraient exiger des contributions de la part des utilisateurs moyennant des frais aux patients. Le montant des frais devrait être déterminé au niveau local, mais il devrait correspondre au coût du service, particulièrement dans le cas où le recouvrement de fonds d'une tierce partie s'applique.

4.7 Délivrance des permis

Quatre secteurs de délivrance des permis sont importants pour établir des services médicaux d'urgence pré-hospitaliers. Nous avons déjà abordé la délivrance de permis au personnel des services médicaux d'urgence. Les trois autres secteurs comprennent :

- Permis des services médicaux d'urgence
- Immatriculation des véhicules
- Permis au personnel hospitalier afin d'assurer une surveillance médicale.

4.7.1 Permis aux services

Les services sont titulaires d'un permis pour deux raisons. Premièrement, il s'agit d'un moyen pratique de s'assurer que la surveillance médicale soit fournie aux techniciens. Deuxièmement, il est logique pour la province d'imposer des normes sur le fonctionnement des services, particulièrement où ceux-ci offrent des services avancés de maintien des fonctions vitales.

Pour obtenir un permis, un service devrait être tenu de démontrer qu'il peut dispenser le niveau de soins prévus par le permis. Il devrait pouvoir démontrer qu'il possède l'équipement nécessaire pour dispenser les niveaux de soins visés par le permis. Il devrait démontrer qu'il a suffisamment de véhicules équipés et de personnel qualifié pour desservir le nombre de patients de la région à laquelle il est affecté. Et il devrait être tenu d'obtenir l'accord des médecins qui agiront à titre d'agents de surveillance médicale lorsque les techniques avancées de maintien des fonctions vitales seront utilisées.

4.7.2 Immatriculation des véhicules

Actuellement, la province exige que les ambulances se ressemblent et qu'elles répondent à des devis rigides lors de l'achat. Cela signifie que la province établit une limite par rapport à la qualité des ambulances utilisées. Parce qu'elle achète les véhicules ou fournit des subventions pour payer une partie du prix d'achat, elle ne veut pas que son argent soit gaspillé, et elle limite donc tout le système à des ambulances qui assure un service de base de maintien des fonctions vitales.

Il est logique pour la province d'établir des normes minimales en ce qui a trait à la force, à l'espace de travail, à l'équipement, à la propreté, à la protection contre le monoxyde de carbone, à l'éclairage, aux radios et aux sirènes des ambulances. Si elle cesse de subventionner l'achat des ambulances toutefois, il ne sera plus logique d'identifier les fournisseurs ou de limiter les services qui veulent utiliser de l'équipement plus avancé que l'équipement de base.

Ce rapport recommande donc que la province encourage le développement des services médicaux d'urgence au-delà du niveau minimal exigé. La politique devrait aussi permettre aux gens de démontrer qu'ils répondent à des normes plus élevées que les normes minimales. Cela permettrait aux fournisseurs de services de peindre leurs ambulances de façon à les rendre distinctes, à condition qu'elles soient facilement reconnaissables comme ambulances et véhicules d'urgence. Les fournisseurs de services qui offrent des services avancés de maintien des fonctions vitales devraient être encouragés à l'indiquer sur leurs véhicules.

Les ambulances devraient avoir des permis individuels. Elles devraient être tenues de répondre aux normes minimales lors de

l'achat et devraient être limitées à leurs normes initiales dans la mesure où elles sont exploitées par les services qui les a achetées en premier lieu. Une ambulance qui est vendue devrait répondre aux normes en place au moment de sa vente, s'il est prévu qu'elle continuera d'être utilisée comme ambulance.

Le ministère devrait vérifier comme il le fait maintenant, chaque ambulance au moins une fois par année afin de s'assurer qu'elle est sécuritaire, propre et équipée adéquatement pour le niveau de services dispensés.

4.7.3 Surveillance médicale

Lorsqu'un médecin donne un ordre médical à la radio, il est essentiel de savoir que le technicien à l'autre bout de la ligne comprend les observations à faire, l'intervention à exécuter et les règles à respecter pour effectuer ces procédés.

Du point de vue du patient et du technicien, il est également important que le médecin comprenne :

- Les protocoles régissant le rendement du technicien.
- Le lien patient-médecin pendant les soins médicaux d'urgence pré-hospitaliers.
- Les codes et les conditions que le technicien doit respecter et sa responsabilité vis-à-vis du médecin.

Ces conditions sont plus faciles à respecter que les autres, car les médecins sont plus stables et mieux organisés que la composante pré-hospitalière du système des services médicaux d'urgence. Toutefois, il convient d'exiger que les médecins

qui donnent des ordres médicaux soient qualifiés dans les domaines précités, et connaissent les notions de base de l'opération d'une radio, comprennent l'organisation des services médicaux d'urgence ainsi que l'information que le personnel sur le terrain a reçue.

Dans la pratique, les ordres médicaux sont très souvent donnés sur les ondes par les infirmières. L'infirmière qui donne ces ordres devrait répondre au moins aux conditions auxquelles un médecin serait tenu de répondre dans ces circonstances. Étant donné que l'infirmière parle en tant que représentante du médecin, il peut s'avérer nécessaire d'établir un lien de délégation plus formel entre elle et le médecin.

Il faudra également prendre les dispositions qui conviendront pour l'assurance-responsabilité professionnelle afin de s'assurer que les médecins qui assurent la surveillance médicale soient protégés dans les situations où le personnel des services médicaux d'urgence est négligent relativement à l'exécution des procédés pendant qu'il est sous surveillance médicale. Cette protection devrait être incluse dans la nouvelle Loi sur les services médicaux d'urgence.

Recommandation 11 : Le ministère de la Santé et des Services communautaires devrait délivrer aux services d'ambulance des permis indiquant les niveaux de services qu'ils sont capables de fournir dans des conditions convenables et à l'aide d'un personnel qualifié.

Recommandation 12 : Le ministère de la Santé et des Services communautaires devrait abandonner la pratique qui consiste à obliger les ambulances d'utiliser des couleurs et des lettres communes et donner aux services individuels une certaine liberté en ce qui a trait à l'apparence du véhicule, à la diffusion de l'information de base exigée, au logo et à

l'éclairage.

Recommandation 13 : Le ministère de la Santé et des Services communautaires devrait continuer de vérifier les véhicules annuellement. Des permis devraient être délivrés pour les véhicules qui subissent la vérification et répondent aux normes. Les autres n'auraient pas la permission de fonctionner.

4.8 Service d'ambulance aérien

Plusieurs groupes ont recommandé un service d'ambulance aérien pour desservir la province, notamment la Société médicale du Nouveau-Brunswick et les collectivités dans le Nord qui sont éloignées des services tertiaires et des soins avancés pour les traumatismes.

Bien que les services d'urgence aériens fournis par le Service de recherche et de sauvetage aérien du ministère de la Défense nationale à l'Île-du-Prince-Édouard soient jugés efficaces dans la plupart des situations d'urgence, deux problèmes affectent le transport des patients du Nord :

- le temps de réponse considérable et l'inaccessibilité dans certaines situations, et

- le manque de moyens de transports aériens pour les cas non urgents. Cette situation est particulièrement grave dans le Nord du Nouveau-Brunswick où les patients doivent faire un trajet routier de cinq heures ou plus vers les services à Saint John, Halifax ou à Québec.

En plus des services fournis par le Service de recherche et de sauvetage aérien, la province utilise le service aéromédical d'évacuation du Québec pour les transports d'urgence des patients du Nord vers les hôpitaux du Québec. En moyenne, ce service effectue 15

à 20 évacuations aériennes par année, pour lesquelles la province paie environ 1 500 $ par appel. Le Service de recherche et de sauvetage aérien effectue en moyenne 60 appels d'urgence par année sans frais à la province.

Bien que notre mandat n'était pas d'entreprendre une analyse détaillée du coût ni une étude de faisabilité d'un service d'ambulance, nous avons fait une estimation du volume possible auquel aurait à répondre un service d'ambulance aérien, en présumant que ce service offrirait un transport régulier et d'urgence. Dans le cas du transport régulier, les services aériens sont considérés comme étant une solution de rechange pour les trajets de quatre heures ou plus.

Nous avons présumé d'abord qu'environ la moitié probablement des cas d'urgence graves exigeant une évacuation aérienne sont desservis par le service actuel. Nous avons également présumé qu'un tiers des transferts sur la route entre hôpitaux des collectivités dans le Nord pour d'autres types de patients seraient d'une durée de plus de quatre heures, comme tous les transferts à l'extérieur de la province à partir des collectivités au nord de la route 8. Une analyse détaillée des relevés d'appel serait exigée pour déterminer la valeur de cette hypothèse.

En fonction de ces hypothèses et présumant en outre que le service d'ambulance aérien offre tous les services de transport aérien fournis actuellement par le Service de recherche et de sauvetage aérien, le volume de services annuel potentiel serait comme suit :

Évacuations d'urgence	120
Transferts entre hôpitaux	280
Total	400 appels par année

Cette estimation est près du volume prévu dans la proposition soumise récemment au ministère de la Santé et des Services communautaires par Air Bras d'Or.

L'Ontario a environ 13 000 appels de service d'ambulance aérien par année. En tenant compte des différences par rapport au nombre d'habitants, ce chiffre est d'environ trois fois le volume prévu pour le Nouveau-Brunswick, ce qui semblerait raisonnable, compte tenu des distances plus grandes à partir des grands centres de l'Ontario et vu le nombre de collectivités éloignées.

Air Bras d'Or a estimé qu'un service de vingt-quatre heures par jour fourni par des pilotes et des ambulanciers coûterait environ 750 000 $ par année. Cela veut dire 1 900 $ par trajet sur une base de 400 voyages.

Un trajet d'ambulance sur la route (aller) de quatre heures coûterait normalement environ 500 $ s'il était effectué par un service privé. Le coût serait un peu moins pour le service de transport d'invalides par l'Ambulance Saint-Jean. La province paie actuellement environ 200 000 $ pour les services qui seraient remplacés par des ambulances aériennes selon le scénario que nous avons décrit et le gouvernement fédéral paie un montant inconnu (probablement environ 200 000 $) pour le transport aérien.

Notre mandat ne comprenait pas une analyse approfondie des options relatives à un service d'ambulance aérien, mais il semblerait, à partir de cette analyse plutôt simple, que le service d'ambulance ne nécessiterait pas un avion exclusivement dédié à ce service, puisque le volume se chiffrerait probablement à 1 ou 2 appels par jour. Il serait peut-être pratique par exemple de :

- Passer un contrat avec un transporteur privé qui peut utiliser un avion pour des services d'ambulance ainsi que pour d'autres fins; ou

- Envisager un avion multi-fonctionnel qui serait partagé avec d'autres utilisateurs gouvernementaux (par exemple, patrouille routière, ressources naturelles); ou

- Fournir des services d'ambulance aériens à la Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard pour augmenter le volume. (Cette possibilité a été discutée mais a été rejetée par les deux provinces à un moment donné.)

Peu importe l'option choisie, il faudrait comprendre clairement que l'avion est utilisés prioritairement pour les appels des services d'urgence, et que même s'il était utilisé à d'autres fins, advenant une urgence, on mettrait fin à l'autre utilisation pour répondre à l'urgence.

Bien qu'un service d'ambulance aérien subventionné par le gouvernement provincial offrirait de nombreux avantages, il aurait également des effets négatifs :

- Un service d'ambulance aérien pourrait être une solution de rechange à l'amélioration des services de renvoi ayant leur base dans le Nord. Si les cas sont transférés à l'extérieur de la région, la prestation du même service localement devient moins justifiée.

- Les effets sur les recettes potentielles pour les ambulances routières. Plusieurs services comptent sur le transport sur de longues distances afin de recevoir des recettes pour compenser les pertes résultant de la prestation d'un service d'urgence. Si cette possibilité de recettes est supprimée parce que les patients sont transportés par ambulance aérienne, cet argent ne sera plus disponible pour les administrateurs des services routiers d'ambulance qui devront donc chercher à obtenir des sommes plus importantes auprès des sources municipales.

Nous ne pouvons pas faire une recommandation ferme pour ou contre l'utilité d'un service d'ambulance aérien compte tenu de notre information limitée à ce sujet. Pour faire une recommandation, il

faudrait effectuer une étude plus approfondie des relevés d'appel, une analyse des options relatives aux utilisations multi-fonctionnelles, une estimation des coûts fondés sur le système le plus adéquat ainsi qu'une étude concernant l'effet de la réduction des recettes sur les services routiers actuels. Toutefois, les demandes de services améliorés et le manque de confort que les patients subissent pendant un trajet routier qui dure de quatre à six heures nous indiquent que cette question a besoin d'être étudiée de façon plus approfondie.

Nous ne voudrions pas néanmoins qu'un service d'ambulance aérien soit subventionné au détriment des améliorations dont les services médicaux d'urgence ont si grandement besoin. Les services d'ambulance aériens devraient être considérés comme un ajout, un service complémentaire à un bon système de services médicaux d'urgence. Il ne remplacera pas les composantes nécessaires du système des services médicaux d'urgence que nous avons recommandé.

Conséquemment, en ce qui concerne les services d'ambulance aériens, nous recommandons ce qui suit :

Recommandation 14 : Le besoin de services d'ambulance aériens devrait faire l'objet d'une analyse approfondie effectuée par le ministère de la Santé et des Services communautaires. Cette étude devrait examiner l'option visant à établir un service partagé, hélicoptère contre avion à ailes fixes, le coût d'un service d'ambulance aérien bien équipé, le nombre d'utilisateurs possibles fondé sur une analyse détaillée des relevés d'appel, les effets sur le système d'ambulance routier actuel ainsi que le développement des services de renvoi dans le Nord.

Recommandation 15 : Le financement d'un système d'ambulance aérien, advenant sa mise en oeuvre, devrait relever du ministère de la Santé et des Services communautaires et comprendre l'imputation de frais aux patients suffisamment importants pour décourager toute mauvaise

utilisation de l'avion.

Recommandation 16 : Aucun fonds ne devrait être fourni pour un service d'ambulance aérien sans qu'une vérification soit effectuée au préalable afin de s'assurer qu'il existe un appui financier suffisant pour les services médicaux d'urgence pré-hospitaliers routiers.

5. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Les recommandations de la partie précédente entraîneront certains changements par rapport aux rôles et aux responsabilités des ministères du gouvernement touchés. Il faut toutefois définir de façon précise, par l'adoption d'une nouvelle loi, le degré de responsabilité que cela comporte.

5.1 Conseils régionaux

Outre les organismes actuels participant aux services médicaux d'urgence, nous proposons que le ministère de la Santé et des Services communautaires prenne des mesures pour établir des conseils régionaux des services d'ambulance dans les sept régions sanitaires.

Le rôle des conseils régionaux consisterait à améliorer les communications, à établir un appui local pour les services médicaux d'urgence et à assurer le développement et la coordination de la surveillance médicale locale à mesure que les services médicaux augmentent leurs activités en utilisant les techniques avancées de maintien des fonctions vitales dans la prestation des soins pré-hospitaliers.

Les conseils régionaux seront un mécanisme nécessaire pour élaborer et mettre en oeuvre des systèmes de surveillance médicale régionale.

Les conseils régionaux auraient les responsabilités suivantes :

- promouvoir la collaboration entre les hôpitaux et les services médicaux d'urgence
- faire des pressions pour améliorer les soins des services médicaux d'urgence dans la région
- déterminer les procédés et les protocoles uniformes à suivre par les techniciens qui possèdent des qualités pour donner des

soins avancés de maintien des fonctions vitales.

- élaborer des systèmes de surveillance médicale régionale et désigner des médecins responsables

- établir les besoins de formation et prendre des dispositions par l'entremise des collèges communautaires pour dispenser cette formation

- conseiller les municipalités et les autres utilisateurs concernant les contrats et le financement des services d'ambulance

- élaborer un système régional de répartition pour les ambulances, particulièrement en soirée, en fin de semaine et durant les jours fériés

- diriger des programmes d'examens pour les techniciens dans la région

Des représentants des municipalités, des hôpitaux, des administrateurs des services d'ambulance, des médecins et des infirmières de la région siégeraient aux conseils régionaux. Aux États-Unis, où les services médicaux d'urgence ont progressé beaucoup plus rapidement dans le domaine des soins avancés de maintien des fonctions vitales, ces organismes régionaux sont devenus le mécanisme assurant une surveillance médicale efficace ainsi qu'une bonne communication et compréhension du protocole entre les médecins et les techniciens qui autrement n'auraient peut-être pas la possibilité d'avoir une interaction.

5.2 Élaboration du système, permis et normes

L'élaboration des services médicaux d'urgence, l'établissement et l'exécution des normes ainsi que la liaison avec les composantes clé

du système de santé (hôpitaux, médecins, infirmières, etc.) reviennent au ministère de la Santé et des Services communautaires. Les seules autres options seraient les suivantes :

1) Ministère des Affaires municipales et de l'Environnement chargé de la prestation et d'un certain financement actuellement, mais qui n'est pas vraiment équipé pour traiter avec l'organisation des soins de santé, ou

2) Organisme autonome quelconque semblable à la Commission de police. Cette approche présente certains avantages tels que l'autonomie, mais n'accorderait pas autant de pouvoir pour la prise de mesures au sein de l'organisation des soins de santé que dans le cas d'un ministère dirigé par un ministre au Cabinet.

La loi doit désigner clairement le ministère de la Santé et des Services communautaires comme l'organisme responsable des services médicaux d'urgence dans la province, et lui donner l'autorité d'établir des normes, de les faire respecter, de délivrer et de révoquer des permis et d'examiner la compétence des fournisseurs. Le ministère doit également avoir clairement la responsabilité en matière d'évaluation et de surveillance des services médicaux d'urgence et être chargé de la collecte des données nécessaires et de la tenue des dossiers sur les permis, les résultats des examens et documents semblables.

5.3 Financement

Même si on affirme que le ministère de la Santé et des Services communautaires devrait être responsable des normes et de l'élaboration des services médicaux d'urgence, il ne s'ensuit pas nécessairement qu'il devrait automatiquement assumer la responsabilité de tous les autres éléments du système, tels que le

financement et la prestation. Dans certaines provinces, c'est ce qui s'est produit. En Colombie-Britannique, le ministère de la Santé fait tout, y compris se charger de la prestation des services. Dans d'autres provinces, cette responsabilité se limite au financement, la prestation étant assurée par des entrepreneurs, des bénévoles et autres. Au Nouveau-Brunswick, le ministre de la Santé et des Services communautaires fournit déjà une partie considérable des fonds pour les services par l'entremise du programme de transferts entre hôpitaux et la formation.

Le financement devrait être une responsabilité partagée des municipalités, des utilisateurs et du ministère de la Santé et des Services communautaires. Les municipalités devraient continuer de fournir le supplément nécessaire pour assurer le service, de passer des contrats avec les fournisseurs en vue de la prestation des services ou d'utiliser le personnel municipal.

Cette responsabilité devrait être établie clairement par une modification apportée à la Loi sur les municipalités, de façon à reconnaître les services médicaux d'urgence comme une responsabilité des municipalités en matière de services de protection.

5.4 Prestation

Le troisième secteur des responsabilités concerne la prestation des services à tous les résidents. Conformément à nos autres recommandations au sujet des services médicaux d'urgence, les collectivités locales devraient prendre elles-mêmes des dispositions pour fournir ou acheter le service, ces dispositions pouvant comprendre services rémunérés, bénévoles, entrepreneurs, hôpitaux ou tout autre moyen préféré par la collectivité locale. Nous rejetons toute participation du ministère de la Santé et des Services communautaires à la prestation directe, car nous estimons qu'une telle approche viendrait perturber le système actuellement en place et qu'elle aurait ultimement pour effet d'augmenter les coûts, et

nous sommes d'avis que tous les types de services peuvent coexister dans le système.

5.5 Recommandations

Recommandation 17 : Des conseils régionaux des services médicaux d'urgence devraient être établis dans chaque région sanitaire, et comprendre des représentants des municipalités, des hôpitaux, des fournisseurs des services d'ambulance, des médecins et des infirmières dans la région.

Recommandation 18 : La nouvelle loi doit préciser clairement que la responsabilité en matière de développement, de conception et d'amélioration du système des services médicaux de la province relève du ministère de la Santé et des Services communautaires.

Recommandation 19 : La Loi sur les municipalités devrait être modifiée pour identifier clairement les services médicaux d'urgence comme une responsabilité municipale.

Recommandation 20 : La prestation des services devrait continuer de comprendre les services privés, bénévoles et rattachés aux hôpitaux.

6. ORGANISATION ET COÛTS DU PROGRAMME

6.1 La Direction des services médicaux d'urgence

La responsabilité de la province en ce qui a trait au système devrait comprendre cinq secteurs : réglementation, planification et développement, tenue des dossiers, communications et formation. La province devrait appuyer fermement les aspects médicaux du programme en s'assurant que sa Direction des services médicaux d'urgence bénéficie de la participation active des médecins.

La Direction devrait comprendre au moins les personnes à temps plein suivantes : un directeur étant surtout chargé d'élaborer un plan cohérent pour améliorer la capacité du système; deux bureaux ordinaires chargés des inspections, du respect des normes et de la liaison avec les services individuels et les conseils régionaux. Ces employés devraient avoir l'appui à demi-temps d'un médecin dont les responsabilités comprendraient la surveillance de la qualité médicale du service, la promotion de la participation des médecins à la surveillance médicale locale, la promotion de la formation des médecins en services médicaux d'urgence et la promotion du système de services médicaux pré-hospitaliers. Le bureau aura besoin de trois employés de soutien à temps plein : une secrétaire, un commis aux permis, et un commis aux données. L'embauche d'autre personnel à temps partiel pourrait s'avérer nécessaire pour élaborer des systèmes en vue de la tenue des dossiers concernant les permis.

6.2 Conseils régionaux

La province devrait encourager la mise sur pied d'une structure régionale active pour les services médicaux d'urgence, afin de surveiller les aspects médicaux des services médicaux d'urgence à mesure qu'ils participent davantage aux activités de maintien des fonctions vitales.

La structure régionale devrait être sensible aux besoins en matière de développement et de formation au sein de la région. C'est pourquoi elle devrait prévoir la participation des fournisseurs, des médecins, des infirmières et de l'administration municipale.

La structure régionale devrait assurer un appui aux fournisseurs des services médicaux d'urgence dans la région. Dans la pratique, cela signifie que la région devrait avoir un bureau et un employé. L'employé devrait relever de l'organisme régional et non pas de la province.

Il est dans l'intérêt de la province de s'assurer que cette structure survive et se développe, mais les fournisseurs dans la région, les médecins locaux et les hôpitaux ont encore plus intérêt à s'assurer que cela se produise. Ainsi, la province devrait fournir un appui financier à cette structure, mais il faudrait également prévoir un appui local.

Des conseils régionaux devraient être mis sur pied dans les sept régions sanitaires. Les quatre plus grandes régions devraient être dotées d'un coordonnateur régional à temps plein et les trois plus petites régions d'un employé à temps partiel.

6.3 Coûts de la mise en oeuvre

Bon nombre des recommandations dans le présent rapport peuvent être mises en oeuvre sans coûts supplémentaires. Toutefois, la mise en oeuvre de certains changements exigera des fonds supplémentaires.

Sous une forme sommaire, le tableau 6-1 présente les incidences des recommandations par rapport aux coûts. Certains de ces coûts seront des coûts uniques, des coûts directs, tandis que d'autres se répéteront annuellement.

Tableau 6-1

COÛTS DE MISE EN OEUVRE DES RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES SERVICES D'URGENCE MÉDICAUX

		Uniques	Répétitifs
1.	Personnel supplémentaire pour la direction des SMU		
	Médecin consultant (demi-temps)		40 000 $
	Agent des normes		30 000 $
	Commis aux permis		18 000 $
	Commis aux données		18 000 $
	Avantages sociaux et frais généraux (@ 20 %)		21 200 $
	Total partiel		127 200 $
2.	Déplacement et hébergement pour le personnel des SMU		10 000 $
3.	Services SMU régionaux (4 x 50 000) (3 x 25 000)		275 000 $
	- Paiement du médecin chargé de la surveillance médicale		70 000 $
4.	Formation		
	Embauche d'instructeurs qualifiés	50 000 $	
	- Dépenses	10 000 $	
	- Avantages	5 000 $	
	- Équipement et fournitures (20 000 $/lieu x 7 lieux)	140 000 $	
	- Fraix généraux (10 000 $/collège)		70 000 $
	- Coordonnateur de la formation (+ frais généraux)		40 000 $
5.	Programme d'examens		
	- Conception et administration	50 000 $	
	- Examen annuel (5 000 $/région x 7 régions)		35 000 $
	TOTAUX	255 000 $	627 200 $

Applied Management Consultants

Il faudra des fonds supplémentaires dans les secteurs suivants :

- L'embauche d'autre personnel à la Direction des services médicaux d'urgence pour assurer un système de permis, embaucher un médecin consultant pour le programme et un autre agent des normes.

- Financement des conseils régionaux. Bien que nous l'ayions indiqué comme un coût répétitif, dans la pratique, il faudra probablement plusieurs années pour établir un réseau provincial de conseils, et le coût au cours des premières années sera moins élevé que celui indiqué.

- Les coûts en vertu de l'assurance-maladie pour le paiement des médecins assurant une surveillance médicale. Le ministère de la Santé et des Services communautaires prévoit que les médecins assurant une surveillance médicale voudront se faire rembourser pour cette activité. Nous avons hypothétiquement accordé 10 000 $ par région pour cette activité.

- Transfert des responsabilités en matière de prestation de la formation aux collèges communautaires. Au cours de la transition, il y aura un chevauchement des responsabilités durant une période transitoire. Il serait important de maintenir en place un système de formation tandis que les collèges communautaires se préparent à assumer cette responsabilité. Cela comportera également l'achat d'équipement par les collèges dans chaque région et un coordonnateur à temps plein pour le programme.

Nous considérons cette période comme une occasion pour les collèges communautaires d'embaucher un instructeur hautement qualifié en services médicaux d'urgence capable d'offrir la formation à des instructeurs éventuels. Nous avons fondé nos estimations sur une période de mise en oeuvre progressive d'une année et prévu des fonds

pour l'instructeur plus ses dépenses de voyage et l'équipement de sept lieux de formation régionaux.

Au cours de cette période d'un an, l'Ambulance Saint-Jean conservera son contrat de formation avec le ministère.

Les coûts de la mise en oeuvre du système comme nous l'avons recommandés se chiffreront à environ 255 000 $ en mise de fonds initiale qui sera répartie sur les deux premières années du programme. Les coûts de fonctionnement supplémentaires annuels se chiffreront à 627 000 $. La mise en oeuvre progressive de ce dernier montant exigera approximativement 2 ans. Ainsi, le total des nouveaux fonds pour le programme se chiffrera à environ 500 000 $ au cours de la première année, à 550 000 $ au cours de la deuxième année et à 627 000 $ annuellement par après.

Les nouvelles recettes provenant des frais aux patients ont été prudemment établies à 300 000 $. Si les frais prélevés sont plus considérables, la possibilité de réaliser des économies est également plus grande.

Un pourcentage élevé des nouveaux coûts des services améliorés sera compensé par ces augmentations de recettes. Toutefois, les recettes provenant des frais aux patients iront aux municipalités et non pas au ministère de la Santé et des Services communautaires. Ainsi pour fins de planification budgétaire, tous les montants prévus ci-dessus devront provenir du ministère de la Santé et des Services communautaires.

ANNEXE A

LISTE DES PERSONNES CONSULTÉES

Applied Management Consultants

LISTE DES PERSONNES CONSULTÉES

NOTE : Membres du Comité consultatif spécial sont indiqués par un - *

1. ASSOCIATIONS ET ORGANISMES

M. David Balmain
Dr Peter Fraser
*Dr Jane Finlater
*Dr Wayne McLaughlin
Société médicale du Nouveau-Brunswick

Mme Lucille Auffrey
Directrice générale
*Mme Jean Stickles
Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick

M. Michel Poirier
M. Randy Brown
M. Neil Ritchie
*M. Lloyd Secord
*Mme Thérèse Ballard
*M. Louis Benoit
Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick

Mme Alexandra Harrison
Directrice, Services éducatifs
Mme Margaret M. Dukes
Coordonnatrice, Agrément des programmes de formation paramédicale
Association médicale canadienne

Conseiller Norman Crossman
Maire Emil Olsen
Conseillère Claire Wilt
Maire Steven Hawkes
Maire Malcolm Barry
Conseiller Valmond Martin
M. Henry LeBlanc
Comité permanent sur les services de protection
Conseil provincial-municipal

*M. Ronald Chisholm
*M. Henry LeBlanc
*M. Bill Gillen
Mme Shirley Jennings
Ambulance Saint-Jean
Conseil du Nouveau-Brunswick

*M. Joe Noel
*M. Jeffrey Holmes
*Mme Carmel Doiron
Association des administrateurs des services d'ambulance du N.-B.

2. GOUVERNEMENT - Nouveau-Brunswick

Ministère de la Santé et des Services communautaires

*M. Alban Martin
Directeur
Services d'ambulance

*M. Robert Gamble
Sous-ministre adjoint
Division des avantages médicaux assurés

*M. James Carter
Sous-ministre adjoint
Division des services des établissements

*M. William M. Allwood
Sous-ministre adjoint
Division de l'administration

*Dr H. W. Wyile
Sous-ministre adjoint
Division des services médicaux

M. Guy Hébert
Adjoint administratif et vérificateur des ambulances

Ministère des Affaires municipales et de l'Environnement

*M. Gary Mersereau
Agent des finances

Patrouille routière du Nouveau-Brunswick

M. Gilles Belley
Chef

M. Jack Ivey
Sous-chef

M. George Reid
Services de police

GRC

Sergent A. Hadley

3. AUTRES GOUVERNEMENTS PROVINCIAUX

Terre-Neuve

M. Jim Janes
Directeur provincial des servcies d'ambulance

Nouvelle-Écosse

M. H. A. Pederson
Adjoint exécutif au sous-ministre de la Santé

Île-du-Prince-Écouard

R. Thelma Cameron
Directrice des normes et de l'administration hospitalières

Québec

M. Claude Savard
M. Marc Chouinard
Mesures d'urgence et transport ambulancier

Ontario

M. Malcolm Bates
Division des services de santé d'urgence

Manitoba

Mme Lila Bell
Services d'ambulance et de santé d'urgence

Saskatchewan

M. Ron Simmons
Directeur des services d'ambulance

Alberta

M. Bill Tudge
Directeur des services d'ambulance et de l'évaluation des normes

Colombie-Britannique

M. Bill High
Commission des services de santé d'urgence

4. AUTRES

M. et Mme Knight
Service d'ambulance Cambridge Narrows

Chef des pompiers Morrison
Sous-chef Davidson
Service d'ambulance d'Oromocto

M. Henry Daamen
Minto Ambulance Service Ltd.

M. Roy McKinnon
Hôpital Dr. Everett Chalmers

M. Murray Bishop
Service d'ambulance du village de Chipman

M. Dan Donald
Eastwind Planes
Moncton

Conseiller Bill Cooper
Ville de Fredericton